

第1号様式（第5条関係）

（表）

任意のヒトパピローマウイルス感染症予防接種費助成金支給申請書

年 月 日

清須市長 様

清須市任意のヒトパピローマウイルス感染症予防接種費助成に関する要綱第5条第1項の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1 申請者（接種費用負担者）

フリガナ		被接種者 との続柄	
氏名			
生年月日			
現住所	〒		
電話番号			

2 被接種者

フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		生年 月日	年 月 日
氏名				
現住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		
令和4年4月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所 と同じ	〒		
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン			
予防接種を 受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	年	月	日
	2回目	年	月	日
	3回目	年	月	日
申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	円	合計 円	
	2回目	円		
	3回目	円		
接種を受けた 医療機関	名称			
	住所			
	電話番号			
※ 複数の医療機関で接種した場合は、名称、住所及び電話番号を記載				

(裏)

3 振込先口座

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所		
	金融機関コード		支店コード	
預金種別	普通・当座			
口座番号				
フリガナ				
口座名義人				

※ 申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

委任状	
私は、上記口座名義人に任意のヒトパピローマウイルス感染症予防接種助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者氏名

4 同意事項及び誓約事項（該当する項目に☑を入れてください。）

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、清須市が必要と認める調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
清須市において助成金の支給を決定したときは、この申請書を助成金の請求書として取扱うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
キャッチアップ接種を受けましたか。はいの場合、接種回数と接種を受けた自治体名をご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・
任意のヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用について、他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
請求者が偽りその他の不正な手段により助成金の支給を受けたことが判明した場合は、助成金の全部又は一部を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
（提出に必要な書類を紛失している方のみ） 接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

5 提出書類

- 接種費用の支払いを証明することができる書類（原本に限る。）
 - 接種記録を確認することができる書類
 - 被接種者の氏名、住所及び生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合は、双方のもの）
 - 振込先口座の通帳又はキャッシュカードの写し
- ※ 申請者と被接種者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。