様式第1号（第4条関係）

記入例

藤沢市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書

令和〇年〇月〇日

藤沢市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	フジサワ　　ハナコ	接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	藤沢　　花子		
	現住所	〒251－0022 藤沢市鵠沼２１３１－１		
	電話番号	０４６６－５０－８４３０		

※申請できるのは接種を受けた本人、又はその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ	☑申請者と同じ		生年月日	2000年〇〇月〇〇日
	氏名				
	現住所	☑申請者と同じ	〒		
	令和4年4月1日時点の住所	☑現住所と同じ	〒		
	ワクチンの種類	□組換え沈降2価HPVワクチン			
		☑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	１９９９年　〇 月　〇 日		
		2回目	１９９９年　〇 月　〇 日		
		3回目	１９９９年　〇 月　〇 日		
	申請金額（申請分のみ記載）	1回目	〇〇，〇〇〇円	合計　〇〇，〇〇〇円	
		2回目	〇〇，〇〇〇円		
		3回目	〇〇，〇〇〇円		
	接種医療機関	名称	〇〇病院		
		住所	藤沢市鵠沼〇〇〇〇-〇		
		TEL	０４６６－〇〇-〇〇〇〇		
	※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載				

ワクチンの種類・予防接種を受けた年月日・金額が不明の時は、様式第2号「藤沢市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請用証明書」を医療機関に記入してもらってください。

【誓約・同意事項】※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、藤沢市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	☑はい　　□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右記にご記載ください。	□はい　　☑いいえ ＿＿＿＿回 ＿＿＿＿＿＿市区町村
本申請分のヒトパピローマウイルス感染症に係る任意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。	□はい　　☑いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合、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。	☑はい　　□いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	☑はい　　□いいえ

【提出書類】

☑被接種者の氏名・住所・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）※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ。

☑接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本又は写し。

☑接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）

☑別紙「藤沢市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い請求書」

☑振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号確認用）

※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。