

様式第1号（第5条関係）

HPVワクチン任意接種助成金交付申請書

年 月 日

庄内町長 殿

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		接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話			

被接種者	（フリガナ）氏名		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日		
	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	
接種医療機関	名称					
	住所					
	電話					
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話を記載						

私が受領する助成金について、次の指定口座への振込を依頼します。

金融機関名		本・支店名	
種 目	普通 ・ 当座 ・ その他 ()		
口 座 番 号			
フリガナ			
口座名義人			

申請者氏名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。

<p>※委任状</p> <p>私は、上欄口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。</p> <p>年 年 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>

【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、庄内町が必要と認めるときは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
この申請書を、庄内町において支給決定をした後は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次にご記載ください。	
<input type="checkbox"/> はい 接種回数 回、自治体名	<input type="checkbox"/> いいえ
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。	<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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり交付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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

添付書類

- (1) 証明書類
- (2) 助成金を受けようとする者の接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し
- (3) 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）
- (4) 振込希望先金融機関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。