

第1号様式（第4条関係）

上越市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 上越市長

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 |   | 接種を受けた者との続柄 |  |
|     | 氏名   |   |             |  |
|     | 現住所  | 〒 |             |  |
|     | 電話番号 |   |             |  |

※申請できるのは接種を受けた本人又はその代理人に限ります。

|                                  |                          |                           |   |      |       |   |
|----------------------------------|--------------------------|---------------------------|---|------|-------|---|
| 被接種者                             | フリガナ                     | □申請者と同じ                   |   | 生年月日 | 年 月 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（サーバリックス®） |   |      |       |   |
|                                  |                          | □組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル®）   |   |      |       |   |
|                                  | 予防接種を受けた年月日<br>(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<br>(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                       |                           |   |      |       |   |
|                                  | 電話番号                     |                           |   |      |       |   |
| ※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載 |                          |                           |   |      |       |   |

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

|            |       |                  |  |  |  |  |      |  |  |                |
|------------|-------|------------------|--|--|--|--|------|--|--|----------------|
| 振込先口座      | 金融機関名 | 銀行<br>信用金庫<br>農協 |  |  |  |  |      |  |  | 本店<br>支店<br>支所 |
|            |       | 金融機関コード          |  |  |  |  | 支店番号 |  |  |                |
|            | 預金種別  | 普通 ・ 当座          |  |  |  |  |      |  |  |                |
|            | 口座番号  |                  |  |  |  |  |      |  |  |                |
|            | フリガナ  |                  |  |  |  |  |      |  |  |                |
| 口座名義人      |       |                  |  |  |  |  |      |  |  |                |
| 依頼人（申請者）氏名 |       |                  |  |  |  |  |      |  |  |                |

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は、下欄に記入をお願いします。

|  |
|--|
| <p>※委任状</p> <p>私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。</p> <p>年 月 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。

|  |  |
|--|--|
| 本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、上越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。 | <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右記にご記載ください。                              | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>_____回・_____ |
| 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（子宮頸がん予防ワクチンに係る任意接種）の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                 |

※キャッチアップ接種…積極的勧奨の差控えにより接種機会を逃した方に対して公平な接種機会を確保する観点から時限的に従来の対象年齢を超えて行う接種

【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
- 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（口座番号等確認用）
- 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）※原本に限ります。
- 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）