

南伊勢町ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）南伊勢町長

住所  
 申請者 氏名  
 電話番号  
 被接種者との関係  
 【父・母・本人・その他（ ）】

南伊勢町ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金を下記のとおり申請します。また、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、南伊勢町が必要と認める時は調査を行うことに同意します。

被接種者	フリガナ		生年 月日	平成 年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	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（サーバリックス）			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン（シルガード9）			
	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				
	TEL				
※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					

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。

金融機関名	店名	口座種別	口座番号						
銀行・信用金庫・農協 労働金庫・漁協	本店・支店・出張所	当座・普通							
		その他 ( )							
		口座名義人	フリガナ						

※ 振込先口座名義人と請求者が異なる場合は、次の委任状に記入してください。

### 委任状

私は、受任者（上記の口座名義人）に本助成金の受領行為について委任します。

委任者 : 住所  
(申請者) 氏名

受任者 : 住所  
 氏名

【誓約・同意事項】 ※該当する項目にを入れてください。

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・
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

### 【添付書類】

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、申請用証明書（様式第2号）等）

振込通帳の写し、又はキャッシュカードの写し