

様式第1号（第4条関係）

野洲市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

野洲市長 様

申請者 住所
氏名 ⑩
助成対象者との続柄
電話 ()

※本人が申請する場合、氏名を記載し、押印することに代えて署名することができます。

※対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

野洲市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金交付要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて申請し、及び請求します。また、助成金の交付の審査のため、必要な範囲で私の住民基本台帳に関する資料を市の職員が閲覧することに同意します。

助成対象者	(フリガナ)				
	氏名				
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	現住所	〒			
	令和4年4月1日の住所	〒 野洲市			
	連絡先(電話番号)	()			
接種年月日・申請者負担額	1回目	年 月 日	負担額	円・不明	
	2回目	年 月 日	負担額	円・不明	
	3回目	年 月 日	負担額	円・不明	
医療機関名		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®)		
交付申請金額	円(上限16,588円/回)				
振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	金融機関コード ()	本店・支店 出張所・代理店	店舗番号 ()
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号	
	フリガナ				
	口座名義人				

※ 添付書類

- 1 接種費用の支払の事実及び額並びに接種回数を証明する書類（医療機関の発行した領収書、明細書、支払証明書等）※原本に限ります。
- 2 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）
- 3 （口座名義や領収書の宛名等が旧姓の場合）免許書の裏面等、現姓と旧姓が確認できるものの写し注）必要書類が不足している場合、追加の書類を求めることがあります。