

様式第1号(第4条関係)

男性の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申請書兼請求書

令和 年 月 日

天理市長 様

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請兼請求します。

申請者 (請求者)	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、又はその保護者に限ります。

・該当する項目に☑を入れてください

被接種者	フリガナ	☐申請者と同じ		生年月日	平成 年 月 日
	氏名				
	現住所	☐申請者と同じ	〒		
	接種日時点の住所(天理市)	☐現住所と同じ	〒		
	ワクチンの種類	☐組換え沈降4価HPVワクチン			
	令和7年4月1日以降に接種を受けた分のみを記載		接種年月日	申請金額	
		1回目	年 月 日	円	
		2回目	年 月 日	円	
		3回目	年 月 日	円	
		合計申請額		円	
		<b>※合計請求額</b>		<b>円※</b>	
※請求金額は、接種回数1回につき、12,000円を上限とし、接種回数2回の場合は合計24,000円、接種回数3回の場合は合計36,000円とする。					
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 信用金庫 農協								本店 支店 支所
		金融機関コード						支店番号		
	口座番号									
	ゆうちょ銀行	通帳記号( )通帳番号( )								
	預金種別	普通 ・ 当座								
	フリガナ									
	口座名義人									
依頼人(申請者)氏名										

【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、天理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
この申請書を、天理市において支給決定をした後は任意接種費用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
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 申請者と被接種者双方の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し  
(住民票、運転免許証、マイナンバーカード(表面)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)
- ※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。