

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

（宛先）鶴ヶ島市長

申請者	現住所
	氏名
	（被接種者との続柄）
	電話番号

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い交付申請書

下記のとおり、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種の費用の償還払いに関する要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。なお、交付要件の確認のため、必要に応じて医療機関へ照会すること、また、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。

被接種者	フリガナ 氏 名		生年月日	
	住 所 <small>※令和4年4月1日 時点の住所</small>	〒 鶴ヶ島市		
回数	HPVワクチンの種類 <small>※いずれかに○をつけてください</small>		接種年月日	申請額
1回目	組換え沈降2価 (サーバリックス)	組換え沈降4価 (ガーダシル)		円
2回目	組換え沈降2価 (サーバリックス)	組換え沈降4価 (ガーダシル)		円
3回目	組換え沈降2価 (サーバリックス)	組換え沈降4価 (ガーダシル)		円
			申請額合計	円

【確認事項】 ※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御記載ください。	□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）
- 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）