

玉城町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申請書

年 月 日

玉城町長 宛

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()】

このことについて、次のとおり関係書類を添えて申請します。また、この申請に係る決定に関する事務
 手続の処理のため、玉城町が保有する個人情報を閲覧し、又は調査すること、及び医療機関等に問い合わ
 せ、当該医療機関等から報告又は回答を受けることについて同意します。

被 接 種 者	フリガナ		生年月日	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）		
	接種回数	接種年 月 日	接種費用 （自己負担分）	償還払い決定額 ※記入しないでください
	1回目	年 月 日	円	円
	2回目	年 月 日	円	円
3回目	年 月 日	円	円	
申請額 金			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				

<裏面に続きます>

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	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店
	預金種別	普通	当座
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄に記入をお願いします。

委任状			
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。			
委任者	住所	受任者	住所
(申請者)	氏名 (自署)		氏名 (自署)

【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入ください。	☐はい	☐いいえ
	回・	
本申請分の子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）に係る任意接種費用について他の自治体から費用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等の可否について問合せを行いましたか。	☐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