様式第１号（第４条関係）　　　　　**記　載　見　本**

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

令和 **５**年 **１**月 **１０**日

 （あて先）東久留米市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フ リ ガ ナ |  **ヒガシ　クルメ** | 接種を受けた者との続柄  | **本人** |
| 氏 名  |  **東　久留米** |
| 現 住 所  | 〒 **203-0033　東久留米市滝山４－３－１４** |
| 電 話 番 号  |  **042-477-0030** |

※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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フ リ ガ ナ | ☑申請者と同じ  |   | 生年月日  | **H１４年４月１日** |
| 氏 名  |   |
| 現 住 所  | ☑申請者と同じ  | 〒  |
| 令和４年４月１日時点の住所 | ☑現住所 と同じ  | 〒  |
| ワクチンの種類 | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン 実際の支払額、又は16,698円よりの少ない額を記入 |
| ☑組換え沈降４価ＨＰＶワクチン  |
| 予 防 接 種 を受けた年月日 （申請分のみ記載）  | １回目  |  **令和２年 ５月 １日**  |
| ２回目  |  **令和２年 　７月 １ 日**  |
| ３回目  |  **令和２ 年 １１月 １ 日**  |
| 申 請 金 額（申請分のみ記載）  | １回目  |  **1６６９８**　円  | 合計  **５００９４** 　　　　　　円  |
| ２回目  |  **1６６９８**円 |
| ３回目  |  **1６６９８**円 |
| 接種医療機関  | 名称  |  ○○クリニック |
| 住所  |  東久留米市本町〇丁目〇番〇号 |
| TEL  |  042-470-7777 |
| ※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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先口座 | 金 融 機 関 名 | 銀行 本店* **○**信用金庫 **〇 〇** 支店

農協 支所  |
| 金融機関コード |   |   |   |   | 支店番号 |   |   |   |
| 預 金 種 別 | 普通 ・ 当座 |
| 口 座 番 号 | **１２３４５６７**  |
| フ リ ガ ナ | **ヒガシ　クルメ**  |
| 口 座 名 義 人 |  **東　久留米** |
| 依頼人（申請者）氏名　　**東　久留米** |

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、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。

令和年　　 月　 　日

 申請者氏名

【誓約・同意事項】

**※内容を確認し、必ず☑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、東久留米市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。  | ☑ |
| この申請書を、東久留米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。  | ☑ |
| 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。  | ☑ |

【提出書類】

 □被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）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。