

能登町子宮頸がん予防接種に係る任意接種償還払い申請書

年 月 日

(宛先) 能登町長

太枠内を記入してください。

| | | | | |
|-------------------------------|------|------|----|--|
| 申請者 ※本人または その保護者に 限る | 住 所 | 能登町字 | | |
| | フリガナ | | | |
| | 氏 名 | | 続柄 | |
| | 電話番号 | - - | | |

| | | | | |
|------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------|---------------|
| フリガナ | <input type="checkbox"/> 申請者 と同じ | | 生年 月日 | 年 月 日 (歳) |
| 被接種者氏名 | | | | |
| 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 | 〒 | | |
| 接 種 日 | | 接種医療機関 | | 申請金額 |
| 年 月 日 | | | | 円 |
| 年 月 日 | | | | 円 |
| 年 月 日 | | | | 円 |
| ワクチンの種類 (該当するものに○をつける) | | 子宮頸がん予防接種 (2価 ・ 4価) | | |

決定された助成金については、下記口座に振り込んでください。

※ゆうちょ銀行へ振込先を希望する場合は、通帳の番号等のわかる面の写しを添付してください。

| | | | | | | | | |
|-------------|------------------|-----------------------------|--|--|--|--|----------------|----------------|
| 振 込 先 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫 農業協同組合 漁業協同組合 | | | | | 本店 支店 支所 | 種 類 |
| | 口 座 番 号 (右 詰) | | | | | | | 1. 普通 2. 当座 |
| | フリガナ | | | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | |

※振込先の口座名義人欄に申請者本人以外の方を記入する場合は、下記の委任状に記入が必要です。

| | |
|-----------------------------|-------------|
| 委任状 | |
| 私は、子宮頸がん予防接種に係る任意接種償還払いの受領を | (住所) _____ |
| (氏名) _____ | に委任します。 |
| _____ 年 月 日 | 申請者氏名 _____ |

備考 1. 接種日、予防接種名が明記された領収書を添付して (領収書はお返しできません) 提出してください。

2. 申請期日は 令和7年3月末日です。

| | | | | |
|------|-------------|-------|-------|----|
| 町処理欄 | 助成決定 年月日 | 年 月 日 | 種類 | 任意 |
| | | | 助成決定額 | 円 |

※裏面も記入してください。

【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、能登町が必要と認める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、能登町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 |
| 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右記にご記載ください。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 | <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】

- 被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種が異なる場合は双方のもの）
※申請時住所記載マイナンバーカード、住民票、運転免許証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。