

取手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払申請書兼請求書

取手市長 殿

申請者
 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____
 被接種者との続柄()

年 月 日

書類を記入する時のポイント・注意点

[申請者]
 申請者は、ワクチンを接種した本人・家族になります。

[生年月日]
 この制度の助成金の対象者は、平成9年4月2日～平成17年4月1日生まれの女性です。

[現住所]
 令和4年4月1日時点で取手市民であった方が申請できるので、現住所が他市町村になることもあります。

[接種したワクチンの種類]
 助成対象ワクチンは2価(サーバリックス)・4価(ガーダシル)です。
 ※9価(シルガード)は助成対象外です。

[接種日]
 助成対象接種日は、右表の日付から **R4.3.31** までです。
 ※公費で接種した回は、種類と接種日のみ記入し、金額は0円と記載してください。

生まれ	日付	生まれ	日付
H9年度	H26.4.1～	H13年度	H30.4.1～
H10年度	H27.4.1～	H14年度	H31.4.1～
H11年度	H28.4.1～	H15年度	R2.4.1～
H12年度	H29.4.1～	H16年度	R3.4.1～

[助成金請求額]
 助成金は次のいずれか低い方になります。
 ①HPVワクチンの接種費用(診察料や移動費等は除く)
 ②16,500円
 ※金額は訂正できません(訂正印不可)。ご注意ください。

[振込金融機関]
 金融機関名・支店名は必ず記載してください。
 銀行コードはわかる範囲で記入してください。
 _____ゆうちょ銀行の場合_____
 ・金融機関名→ゆうちょ ・支店名→通帳中面記載の「店名」
 ・銀行コード→9900 ・支店コード→通帳中面記載の「店番」
 ※ゆうちょのキャッシュカードしかお持ちでない方は、ゆうちょ銀行のHPでお調べください。
 検索ワード例

ゆうちょ 振込用 店名	検索
-------------	----

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	生年月日	平成16年4月2日		
	氏名					
接種状況	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	〒 - 取手市			
接種回数 (申請分のみ)	種類 (○付ける)	接種日	支払額(A)	償還払 上限額(B)	AとBのいずれか少ない額(C)	
1回目	2価・4価	令和2年 4月1日	0円	16,500円	0円	
2回目	2価・4価	令和2年 6月1日	0円	16,500円	0円	
3回目	2価・4価	令和3年 5月1日	18,000円	16,500円	16,500円	
請求金額合計:(C)の合計					16,500円	

本申請書で請求する助成金については、下記指定口座への振り込みを依頼します。

金融機関名	銀行	本店
	信用金庫	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	フリガナ	
	口座名義人	

裏面もご覧ください

【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、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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
これまでに公費でHPVワクチン(キャッチアップ接種を含む)を受けましたか。はいの場合、接種日・接種回数・接種を受けた自治体名を右記にご記載ください。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 接種日:令和2年4月1日 (1回目) 自治体名: ○○市 接種日:令和2年6月1日 (2回目) 自治体名: ○○市
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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

書類を記入する時のポイント・注意点

公費で接種したことがある方

公費で接種した回数を必ず記載してください。

不明な場合は、接種時に住んでいた自治体に問い合わせてください。

領収書がない方

接種医療機関に領収書の再発行等の可否等を問い合わせ、接種費用を可能な範囲でお調べください。

接種を証明する書類がない方(母子手帳紛失など)

予防接種を受けた医療機関に「取手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払申請用証明書」の作成を依頼してください。

(注意) 書類作成費用は、助成金の対象外です。

窓口で申請する場合は、提示のみで可

- ・被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し
- ・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

【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, 追加の書類を求められることがあります。