

# 記入例(1): 申請者(受領も含む)と被接種者が同一の場合

様式第1号(第4条第1項関係)

※申請者と被接種者が異なる場合は裏面の委任状部分にも記載が必要です。  
記入例(2)をご参照ください。

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 4年 10月 ○日

熊本市長(宛)

書類の提出日をご記入ください。

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、熊本市において支給決定をした後は、この申請書を任意接種費用の請求書として取扱うことに同意します。

申請者	フリガナ	クマモト ハナコ	接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	熊本 花子		
	現住所	〒860-0000 熊本市中央区000012-34		
	電話番号	080-0000-□□□□ ← 日中に連絡可能な電話番号をご記入ください。		

※申請できるのは接種を受けた本人、又は本人から委任を受けた者に限ります。

※委任の場合、裏面の委任状の記入が必須となります。

被接種者	フリガナ	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	1998年 ○月 △日
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者と同じ場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れるだけで、結構です。		
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン(ガーダシル®)			
予防接種を受けた年月日(申請分のみ記載)	1回目	2020年 4月 1日	接種した回の欄に記入してください。		
	2回目	2020年 5月 1日			
	3回目	年 月 日			
申請金額(申請分のみ記載)	1回目	16,698 円	合計	32,396 円	
	2回目	15,698 円			
	3回目	円			
接種医療機関	名称	〇〇レディースクリニック			
	住所	熊本市〇区▼△123-456			
	TEL	096-000-△△△△			
※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 △△内科クリニック 福岡県〇〇市△△789-10 092-△△△-0000					

①予防接種の費用が分かる書類を添付の場合・・・1回あたり16,698円を上限とし、負担した額を記入

②予防接種の費用が分かる書類を添付しない場合(様式2号で接種料が不明の場合も含む)・・・1回あたり14,000円を記入

※金額の訂正はできません。記入方法が分からない場合は、当課へご相談ください。

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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〇〇〇〇</span> <span>銀行 信用金庫 農協</span> <span>△△</span> <span>本店 支所 支所</span> </div>								
	金融機関コード	1	2	3	4	支店番号	5	6	7	
	預金種別	普通・当座								
	口座番号	1234567								
	フリガナ	クマモト ハナコ								
口座名義人	熊本 花子									
依頼人(申請者)氏名										

**ゆうちょ銀行の店名と口座番号は、通帳の見開き部分(下側)を確認してください。**

※被接種者と異なる者が申請する場合や、被接種者と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は、下欄に記入をお願いします。(委任状は、全て被接種者が記入してください。)

※委任状

令和 年 月 日

被接種者氏名 印

私は、任意接種償還払いにおいて（申請・受領）に関する一切の権限を下記の者に委任します。  
※委任する項目に○をつけてください

(受任者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

【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、熊本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
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載ください。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 1回・熊本市
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ましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
提出に必要な書類を提出するにあたって、提出先と提出方法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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

**「キャッチアップ接種」とは、令和4年4月1日以降に接種をしたものを指します。**

【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）
- ※申請時住所記帳簿の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）
- 振込希望先金融機関の印鑑（両面）などいづれかひとつの写し（口座番号等確認用）
- 接種費用の支払方法の写し（領収書、支払証明書等）※原本に限りません。
- 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）

**提出書類を確認の上、☑を入れてください。**

※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。