

注意：令和4年4月1日時点で富士宮市に住民登録がない方は、本様式を使用することができません。

富士宮市HPVワクチン任意接種助成金交付申請書

年 月 日

富士宮市長 宛

富士宮市HPVワクチン任意接種助成金交付要綱第5条第1項に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

助成対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	現住所	〒		
	令和4年4月1日時点の住所	〒		
	電話番号			
法定代理人※	フリガナ		助成対象者との続柄	
	氏名			
	現住所	<input type="checkbox"/> 助成対象者と同じ	〒	
	電話番号	<input type="checkbox"/> 助成対象者と同じ		
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価ヒトパピローマ様粒子ワクチン（サーバリックス）			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマ様粒子ワクチン（ガーダシル）			
以下、申請分についてのみ記載してください。				
予防接種を受けた年月日	1回目	年 月 日		
	2回目	年 月 日		
	3回目	年 月 日		
交付申請額 (1回の限度額は16,146円)	1回目	円	合計	円
	2回目	円		
	3回目	円		
接種医療機関		1回目	2回目 (<input type="checkbox"/> 1回目と同じ)	3回目 (<input type="checkbox"/> __回目と同じ)
	名称			
	所在地			
	電話番号			

※ 助成対象者が未成年者である場合は、その法定代理人が申請をすることができます。

【同意事項等】 ※ 該当する項目に☑を入れてください。

この申請に関し、市長が必要と認めるときは、市長が住民基本台帳（法定代理人が申請をする場合は、助成対象者及び法定代理人の双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、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
助成対象者がキャッチアップ接種を受けたことがありますか。「はい」の場合は、接種回数及び接種を受けた自治体名を右記に記載してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____回・_____
本件申請分のHPVワクチンの任意接種に係る費用について、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

【提出書類】

- 振込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）
- 次に掲げるいずれかの書類
 - (1) HPVワクチンの任意接種に要した費用の額及び接種の回数を証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）
 - (2) HPVワクチンの任意接種を受けた記録を確認することができる次に掲げるいずれかの書類
 - ア 母子健康手帳の写し
 - イ 予防接種済証明書の写し
 - ウ 接種済みの記載がある予診票の写し
 - エ 富士宮市HPVワクチン任意接種助成金の交付申請に係る証明書（第2号様式）