

ヒトパピローマウイルスワクチン任意接種償還払込請求書

年 月 日

猪苗代町長

標記について、次のとおり関係書類を添えて請求します。

請求者	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	氏名	印		
	現住所	〒		
	電話番号			

※請求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		生年月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ			
	現住所	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ	〒		
	令和4年4月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒		
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン			
	予防接種を受けた年月日 (請求分のみ記載)	1回目	年 月 日		
		2回目	年 月 日		
		3回目	年 月 日		
	請求金額 (請求分のみ記載)	1回目	円	合計	円
		2回目	円		
		3回目	円		
	接種医療機関	名称			
住所					
TEL					
※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。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協								本店 支店 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									

請求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。	
年 月 日	請求者氏名

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

この請求に係る住民基本台帳（請求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、猪苗代町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 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____回・_____
本請求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

【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（請求者と被接種者が異なる場合は双方のもの）※運転免許証、健康保険証（両面）、請求時住所記載の住民票などいずれかひとつ
 - ☐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）
 - ☐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）
- ※請求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。