

# 記入例

第1号様式（第4条及び第12条関係）

## ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成申請書

令和5年5月2日

杉並区長 宛

ゴム印やスタンプ印は  
使わないでください。

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

※ゴム印やスタンプ印は不可

申請者	フリガナ	スギナミ タロウ	接種を受けた者との続柄	父
	氏名	杉並 太郎		
	現住所	〒167-0051 東京杉並区荻窪5-20-1		
	電話番号	03-3391-1025		

※申請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	<input type="checkbox"/> 申請者	スギナミ ハナコ	生年	平成14年4月30日	
	氏名	と同じ	杉並 花子	月日		
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者	〒274-0064	千葉県船橋市〇〇〇△-△-△		
		と同じ				
	令和4年4月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所	〒167-0051	東京杉並区荻窪5-20-1		
		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		16		
		<input checked="" 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 (申請分のみ記載)	1回目	令和4年	1月	<del>5</del> 日	訂正する場合は取り消し線の上に申請者欄と同じ印を押してください。
		2回目	令和4年	3月	30日	
3回目		年	月	日		
申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	17,578円	合計 34,578円			
	2回目	17,000円				
	3回目	円				
接種医療機関	名称	〇〇〇クリニック (1回目接種)				
	住所	東京都杉並区南荻窪〇-〇-〇				
	TEL	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
<p>※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</p> <p>△△△病院 (2回目接種)</p> <p>〒167-0043</p> <p>東京都杉並区上荻〇-〇-〇</p> <p>電話 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇</p>						

不明な場合、未記入でも可。

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	△△△ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">銀行</span> 信用金庫 □□ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">本店支店</span> 農協 支所								
	金融機関コード	○	○	○	○	支店番号	×	×	×	
	預金種別	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">普通</span> ・ 当座								
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7								
	フリガナ	スギナミ ハナコ								
口座名義人	杉並 花子									

依頼人（申請者）氏名	杉並 太郎	必ず記入してください。	申請者と振込口座名義人が異なる場合、申請者が記入してください。
------------	-------	-------------	---------------------------------

申請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・押印をお願いします。

※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。	
令和5年 5月 2日	申請者氏名 杉並 太郎 <span style="float: right; border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">杉並</span> 印

【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、杉並区が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	☑はい □いいえ
この申請書を、杉並区において交付決定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。	☑はい □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。	□はい ☑いいえ
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。	□はい ☑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。	☑はい □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、交付済みの費用を返還することに同意しますか。	☑はい □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。