

# 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及び請求書

(申請日) 令和 年 月 日

泉大津市長 様

次の通り、必要書類を添付のうえヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用の償還払いを申請（請求）します。なお、私が受領する任意接種費用について、下記口座への振込みを依頼します。

(ふりがな)		被接種者との続柄	本人・父・母・( )
申請者氏名			
住所	〒	電話番号	
(ふりがな)			
予防接種を受けた人の氏名			
予防接種を受けた人の生年月日	平成	年	月 日
予防接種を受けた人の住所 ※令和4年4月1日時点の住所	泉大津市		

※令和4年4月1日時点で泉大津市に住民登録がない方は償還払いの対象にはなりません。

予防接種実施医療機関	所在地	
	医療機関名	
	※複数の医療機関で接種した場合、下記に所在地・医療機関名を記入	

予防接種の種類	予防接種を受けた日	回数	接種費用	償還額
サーバリックス・ガーダシル	年 月 日	回目	円	円
サーバリックス・ガーダシル	年 月 日	回目	円	円
サーバリックス・ガーダシル	年 月 日	回目	円	円
合計金額			円	円

(添付書類)

①	<input type="checkbox"/> 当該医療機関発行の領収書 <input type="checkbox"/> 領収書無し
②	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 該当ページの写しまたは接種済み証の写し <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症予防接種任意接種費用交付申請用証明書
③	<input type="checkbox"/> 申請者・予防接種を受けた本人の本人確認ができるもの（同一世帯であれば申請者のみ）

※添付書類確認後☑を入れてください。①②はいずれもどちらかに☑を入れてください。

不明点など医療機関、官公署その他の関係機関に内容確認をすることがあります。

振込希望金融機関	銀行・信金	口座種別	普通 当座
	農協	口座番号	
	( 支店)	口座名義 (カタカナ)	

※振込口座の名義は申請者の口座としてください。

※支店名も必ずお書きください。ゆうちょ銀行に振込希望で支店名がわからない場合は記号番号もお書きください。

【泉大津市処理欄】 申請者本人確認済 被接種者住基確認済（令和4年4月1日時点） 受付者  
被接種者本人確認済