

市川市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金申請書兼請求書

市川市長

標記について、次の事項に同意の上、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

- ・助成金の支給要件及び額の審査をするため、市川市が住民基本台帳情報その他必要な情報を公簿等により確認すること及び市川市が必要と認めるときは当該審査に必要な情報の提供を医療機関に求めること。
- ・助成金の支給後、本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や助成金の支給要件に該当しないことが判明した場合には、助成金を返還すること。

※申請することができる者は、接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

申請日 年 月 日

申請者	フリガナ				接種を受けた者との続柄		
	氏名						
	現住所	〒					
	電話番号	— —					
被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			生年月日	年 月 日	
	氏名						
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒				
	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"/> 2価HPVワクチン（サーバリックス）		<input type="checkbox"/> 4価HPVワクチン（ガーダシル）			
	予防接種を受けた年月日	接種回数	1回目	2回目	3回目		
		接種日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	支払金額（申請分のみ記載）	金額	円	円	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は、この欄に名称・住所・TELを記載してください。							

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	銀行・信用金庫 農協・信用組合	金融機関コード			
	支店名	本店・支店 支所・出張所	支店コード			
	口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号			
	氏名	フリガナ				

申請者氏名と異なる名義の口座に振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	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 申請者氏名
-----	---

【市担当課記入欄】 ※以下の欄は、記入しないでください。

1回目 円	2回目 円	3回目 円	確認者
合計額 円	受付日 年 月 日		