様式第１号（第４条関係）

苫小牧市ヒトパピローマウイルス感染症に係る

任意接種費用助成金交付申請書

令和　　年　　月　　日

苫小牧市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住民票の住所 | 〒　　　　－ |
|  |  | 苫小牧市 |
|  | （ふりがな） |  |
| 氏名 |  |
|  | 電話番号 |  |
|  | 被接種者との続柄 | □本人　□父母　□その他（　　　　　　） |

　苫小牧市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金交付要綱第４条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | | | |
| 現在の  住民票の住所 | □ 申請者と同じ | | |
| 〒　　　　－ | | |
| 令和４年４月１日時点の  住民票の住所 | □ 現在の住所と同じ | | |
| 〒　　　　－ | | |
| ふりがな |  | 生年月日 | 平成　　　年　　月　　日 |
| 氏　　名  （申請者と同じ場合省略可） |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種したワクチンの種類 | | □ 組換え沈降２価HPVワクチン（サーバリックス）  □ 組換え沈降４価HPVワクチン（ガーダシル） | | | |
| 接種回数 | 接種年月日 | | 接種医療機関 | 接種料金  ※税込額 | 助成額  ※市が記入します |
| １回目 | H・R　　年　　月　　日 | | （名称） |  | 円 |
| （TEL） |
| ２回目 | H・R　　年　　月　　日 | | （名称） |  | 円 |
| （TEL） |
| ３回目 | H・R　　年　　月　　日 | | （名称） |  | 円 |
| （TEL） |

**（以下の内容を確認の上、□にチェックしてください。）**

* 助成金の交付決定にあたり必要な情報を関係医療機関等に問い合せることに同意します。
* 対象者等の確認のため、住民基本台帳を確認することに同意します。

＜添付書類＞

* 申請者及び被接種者の身分証明書（住所・氏名・生年月日が確認できる書類）の写し
* 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払い証明書等）の原本
* 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」欄等）の写し
* その他市長が必要と認める書類（審査において必要となる書類の追加提出を求める場合があります）