

HPVワクチン任意接種費用償還払い申請書兼請求書

令和 年 月 日

（あて先）宮崎市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

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		

※申請できるのは接種を受けた本人、またはその保護者に限ります。

※被接種者が18歳以上の場合、被接種者以外が申請する時は別途委任状をご提出ください。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	平成 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"/> 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 （申請分のみ記載）	1回目	年	月	日
		2回目	年	月	日
		3回目	年	月	日
	申請金額 （申請分のみ記入）	1回目	円		
		2回目	円		
3回目		円			
接種医療機関	名称				
	住所				
	TEL				
※複数の医療機関で受診した場合、下記に名称・住所・TELを記載					

申請額	接種回数	窓口負担額 (A)	上限額 (B)	申請（請求）額 (AとBのうち少ない額)
	1回目	円	円	円
	2回目	円	円	円
	3回目	円	円	円
	合計金額			円

※太枠内は記入しないでください。

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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 出張所								
	金融機関コード					支店番号				
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座								
	口座番号									
	フリガナ									
	口座名義人									
依頼人（申請者）氏名										

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、下欄に記入をお願いします。

委任状	
私は、上記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	年 月 日
	申請者氏名 _____

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

この申請にかかる住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）および医療機関等における情報について、宮崎市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
宮崎市において支給決定をした後は、この申請書を任意接種費用の請求書として取り扱うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
令和4年4月1日以降に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ご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・
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、支給済の費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書および明細書、支払証明書等）
- 接種記録が確認できる書類（親子健康手帳「予防接種の記録」の写し等）
※様式第2号をもって上記2つの書類に代えることができます。
- 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）
※申請時住所記載の運転免許証、健康保険証（両面）等いずれかひとつ
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）

※申請者と被接種者が異なる等の場合には、追加の書類を求めることがあります。