

年 月 日

龍ヶ崎市長 様

申請・請求者

住所

氏名

印

対象者との関係

電話番号

龍ヶ崎市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種助成金交付申請書
兼請求書

龍ヶ崎市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種助成金交付要綱第4条第2
項の規定により、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請し、及び請求
します。

被接種者	氏名				生年月日
					年 月 日
	住所				
予防接種名	実施回数 <small>(申請分のみ記載)</small>	実施日	実施医療機関	接種費用	
サーバリックス・ガータシル	1回目			円	
サーバリックス・ガータシル	2回目			円	
サーバリックス・ガータシル	3回目			円	
請求金額				円	

振込先

金融機関	銀行 金庫 組合	本店 支店
口座種別・番号	普通 ・ 当座	No.
口座名義	フリガナ	

【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、龍ヶ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
この申請書を、龍ヶ崎市において支給決定をした後は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
キャッチアップ接種を受けましたか。「はい」の場合は、接種回数と接種を受けた自治体名もご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・
この申請に係るヒトパピローマウイルス感染症の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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合は、接種医療機関に再発行等の可否について問合せを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に虚偽の記載があった場合や、誤りがあり支給要件に該当しなかった場合は、支給済みの助成金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】

- 接種費用の支払を証明する書類の原本（領収書及び明細書、支払証明書等）
 - 接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳「予防接種の記録」欄等）
 - 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（振込口座確認用）
- ※ 申請者と被接種者が異なる場合や、必要書類が不足している場合等には、追加の書類を求めることがあります。