

赤字を参考にご記入ください。

2022 年 ●月 ●日

申請者	フリガナ	カシ マルマル	接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	柏 ●●		
	現住所	〒277-0000 柏市00-0 ●●マンション302号		
	電話番号	000-0000-0000		

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（兼）助成金実績報告書

柏市補助金等交付規則により、下記のとおり償還払いを申請し、併せて事業の完了を報告します。なお、助成金の交付に当たり、市が住民基本台帳および柏市予防接種台帳を確認することに同意します。

※申請できるのは接種を受けた本人、又はその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ	■申請者 と同じ	生年月日	2000年0月0日		
	氏名					
	現住所	■申請者 と同じ	〒	サーバリックス：2価 ガーダシル：4価 ※9価のシルガードは助成対象外		
	令和4年4月1日時点の住所	■現住所 と同じ	〒			
	ワクチンの種類	<input checked="" 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	2000年 0月 0日			
		2回目	2000年 0月 0日			
		3回目	2000年 0月 0日			
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	00,000円	合計	00,000円	
		2回目	00,000円			
3回目		00,000円				
接種医療機関	名称	00クリニック				
	住所	柏市00				
	TEL	0471-00-0000				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TEL						

領収書に書かれている金額を記入。なお、柏市で上限額を定めているため、上限を超えた金額の費用助成はありません。上限額は、接種した日により異なります。

(裏面も必ずご確認ください)

【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、柏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。	■はい □いいえ
キャッチアップ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記入してください。領収証がある場合は、未記入で可	□はい ■いいえ 回・
本申請分のヒトパルフルン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。	□はい ■いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせを行いましたか。	■はい □いいえ
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、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	■はい □いいえ

【提出書類】

- 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）※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ
- 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）
- 接種費用の支払いを証明する書類の写し（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（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）

※申請者と被接種者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。

※内容を修正される際は、二重線で取り消しの上、修正してください（修正液等利用不可）。