（別紙４）

五所川原市ヒトパピローマウイルス(HPV)ワクチンキャッチアップ接種費用償還払申請書

令和　　年　　月　　日

五所川原市長　　佐々木　孝昌　様

申請者（対象者）　　〒

住　所：五所川原市

氏　名：

電　話：

※申請者が代理人の場合は、下記に氏名・続柄をご記入ください。

氏　名：

続　柄：

電　話：

HPV ワクチン接種にかかった費用について、下記のとおり償還払いの申請をいたします。

申請にあたり、助成対象者確認の必要がある場合には、市担当職員が私及び同一世帯員全員の住基データ等を閲覧することに同意します。

記

１　申請金額

申請区分	接種日	申請金額
１回目	令和　　年　　月　　日	円
２回目	令和　　年　　月　　日	円
３回目	令和　　年　　月　　日	円
合計請求額		円

※接種日は、令和４年１月１日以降のものが対象です。

※申請金額は接種回数１回につき、１６，７７５円（２価・４価ワクチン)、２６，７９７円（９価ワクチン）を上限とします（市の医療機関への委託単価)。

２　口座振込先

フリガナ		支払金融機関	
口座名義人氏名		銀行・農協 信用組合 信用金庫 労金	支　店 本　店 支　所 出張所
口座番号			

３　添付書類

□領収書（原本）※申請する接種回数分が必要

□接種済証の写し　※申請分の接種記録の記載が必要

□本人確認書類の写し（健康保険証・運転免許証・学生証等）

□通帳の写し（銀行名、支店名、口座番号がわかるもの）

市役所記入欄