

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	支 店
口座番号	信用組合	本 店
	信用金庫	支 所
	労金	出張所

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