五所川原市定期接種費用償還払申請書
 (ヒトパピローマウイルス感染症HPVワクチン)

令和 年 月 日

五所川原市長 様

申請者（被接種者）

〒

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：

住 所：

申請者に同じ

五所川原市定期接種費用の償還払に係る事務取扱要領に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、申請にあたり、助成対象者要件確認の必要がある場合には、市担当職員が申請者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 円

※被接種者が医療機関へ支払った予防接種費用のうち、市助成額を申請額とし上限は1接種につき次のとおりとします。上限を超えた額は、自己負担となります。

① 2価（サーバリックス）・4価（ガーダシル） 上限16,841円

② 9価（シルガード） 上限26,741円（令和6年度に接種した場合）

上限25,861円（令和7年度に接種した場合）

※生活保護受給者の申請額は、予防接種費用全額とします。

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、予防接種の種類が明記されていること）
母子健康手帳（接種者の出生証明書ページと接種した予防接種のページすべて）の写し（ない場合は接種済証の写し又は接種済予診票の写し）
本人確認書類の写し（個人番号カード(番号面不要)、又は運転免許証、障害者手帳等）（申請者が代理人の場合、代理人の本人確認書類も同様に添付）
振込先口座通帳の写し

市役所記入欄

生活保護受給世帯