

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 6年 10月 21日

五所川原市長 佐々木 孝昌 様

記載日を記入

申請者 (対象者) 〒 037-0000

接種した方の住民票所在地の住所を記載

住所: 五所川原市 字布屋町41番地1

日中に連絡の取りやすい連絡先の記入

氏名: 五所 花子

電話: 0△0-0000-0000

※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。

申請書記載者が接種した方と異なる場合記入

氏名: 五所 太郎

続柄: 父

日中に連絡の取りやすい連絡先の記入

電話: 0×0-0000-0000

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、申請者ご自身の住民票や、申請者ご自身の住基データ等を閲覧することに同意します。

助成を申請する接種日・申請金額を、接種日が高い順から記載。支払った費用と上限額のどちらか低い方を記載。

1 申請金額

申請区分	接種日	申請金額
1回目	令和 6年 4月 20日	16,700円
2回目	令和 6年 6月 20日	16,700円
3回目	令和 6年 10月 20日	16,700円
合計請求額		50,100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、16,841円(2価・4価ワクチン)、26,741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	ゴショ タロウ	支払金融機関	
口座名義人 氏名	五所 太郎	ゆうちょ 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	1 2 3 4 5 6 7		

該当する金融機関に○をつける

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)
(申請者が代理人の場合、代理人の本人確認書類も必要)
- 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