

裏面もご確認ください。

令和4年4月1日時点で三鷹市に住民登録がない被接種者については、申請することができません。

様式第1号（第4条関係）

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請求書

年 月 日

三鷹市長あて

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

※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。

申請者	フリガナ			接種を受けた者との続柄		
	氏名					
	現住所	〒				
	電話番号					
被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	生年 月日	平成 年 月 日		
	氏名					
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒			
	令和4年4月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所 と同じ	〒 三鷹市			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 2価（サーバリックス®） <input type="checkbox"/> 4価（ガーダシル®） <input type="checkbox"/> 9価（シルガード9®）				
申請額	(接種日) ※任意接種分のみ記載	支払った額 (A)	基準額(税込) (B)	適用額 (AとBの低い方の額)	申請額	申請額計
	1回目(年 月 日)	円	円(2価) 円(4価) 円(9価)	円	円	円
	2回目(年 月 日)	円	円(2価) 円(4価) 円(9価)	円	円	
	3回目(年 月 日)	円	円(2価) 円(4価) 円(9価)	円	円	
振込先 口座	金融機関名	銀行・信用金庫・農協 信用組合・労働金庫				本店・支店 出張所
	口座種別 (○で囲む)	普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義人					

市使用欄

上記申請に基づき、次のとおり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を支払うことを決定する。

支給額 ¥

決定年月日 年 月 日

検査	代理権了
年 月 日 印	印

【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、三鷹市が必要と認めるときは調査を行うこと（マイナンバー制度による情報連携を含む。）に同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい
令和4年4月以降に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右記にご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ _____回・_____市(区)
本申請分のヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用について、他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> 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合せを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> 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等には、支給済みの費用を返還することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい

【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
- 振込希望先金融機関の通帳またはキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）
- 接種費用の支払いを確認できる書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限ります
- 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場合や必要書類が不足している場合等において、追加の書類を求めることがあります。