

裏面もご確認ください。

※記入例

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

**表面は太枠内をご記入ください。
※裏面も忘れずにご記入ください。**

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	ミタカ ハナコ			接種を受けた者との続柄	本人				
	氏名	三鷹 花子								
	現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 三鷹市〇-〇-〇								
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇（日中にご連絡の取れる番号をお願いします）								
被接種者	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ	生年 月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日						
	氏名						と同じ			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒							
	令和4年4月1日 時点の住所	<input checked="" 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 checked="" 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	円	円	円				
	2回目(年 月 日)	円	円	円	円					
	3回目(年 月 日)	円	円	円	円					
振込先 口座	金融機関名	三鷹 銀行・信用金庫・農協 信用組合・労働金庫		三鷹 本店・支店 出張所						
	口座種別 (〇で囲む)	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	ミタカ ハナコ								
	口座名義人	三鷹 花子								

接種日・金額欄は
ご記入不要です

申請者または被接種者と同一名義の口座を
指定してください。

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

市記入欄のため
ご記入不要です

検査	代理権査了
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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。

接種記録確認書類で母子健康手帳のコピーを提出される際は 以下のページを提出してください。

◆接種記録確認書類として母子手帳コピーを提出される場合は、**見本**を参考に、出生届出済証明のページ(被接種者の氏名等確認用)、予防接種記録ページ(子宮頸がん予防接種(HPVワクチン)の接種記録が記載されているページ)をコピーしてください。

この欄は手帳を受け取ったらずぐに自分で記入してください。

子の保護者	続柄	ふりがな	生年月日	職業
	母(妊婦)		年 月 日生(歳)	
	父		年 月 日生(歳)	
			年 月 日生(歳)	
	居住地	見本		
出生届出済証明				
	子の氏名		男・女	
	出生の場所	都道府県	市区町村	
	出生の年月日	年 月 日		
上記の者については 年 月 日 出生の届出があったことを証明する。				
市区町村長			印	
※赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。				

予防接種の記録(1)

Immunization Record

感染症から子ども(自分の子どもはもちろん、まわりの子どもたちも)を守るために、予防接種は非常に効果の高い手段の一つです。子どもたちの健康を守るために予防接種の効果と副反応をよく理解し、予防接種を受けましょう。

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No	接種者署名 Physician	備考 Remarks
インフルエンザ菌b型 (Hib) Haemophilus Influenza Type b	1回			
	2回			
	3回			
	追加			
小児用肺炎球菌 Streptococcus pneumoniae	1回			
	2回			
	3回			
	追加			
B型肝炎 Viral Hepatitis Type B	1回			
	2回			
	3回			

●その他

予防接種の記録(2)

ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio					
時期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期初回	1回				
	2回				
	3回				
第1期追加					

BCG			
接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No	接種者署名 Physician	備考 Remarks

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No	接種者署名 Physician	備考 Remarks
麻疹(はしか) Measles 風しん Rubella	第1期			
	第2期			

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No	接種者署名 Physician	備考 Remarks
水痘 Varicella	1回			
	2回			

予防接種の記録(3)

日本脳炎 Japanese Encephalitis					
時期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期初回	1回				
	2回				
第1期追加					

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No	接種者署名 Physician	備考 Remarks
ヒトパピローマ ウイルス (HPV) Human Papilloma (2価・4価)	1回			
	2回			
	3回			

○薬剤や食品などのアレルギー記入欄