

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種助成金交付申請書

相模原市長 あて

〒
住 所 _____

申請者 氏 名 _____
(本人・保護者・その他 ())
電話番号 _____

※ 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。

相模原市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種助成金交付要綱第4条の規定に基づき、
関係書類を添えてヒトパピローマウイルス感染症予防接種助成金の交付を申請します。

接種を受けた者	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	〒 _____ 相模原市 区			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）				
	接種の状況	回数	接種日 (申請分のみ記載)		申請金額 (接種費用を記載)	
		1回目	年 月 日		円	
		2回目	年 月 日		円	
		3回目	年 月 日		円	
申請金額合計				円		
接種医療機関	名称	_____				
	住所	_____				
	TEL	_____				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載						

※ 必ず裏面もご記入ください。

【誓約・同意事項欄】 ※該当する項目に☑を入れてください。

<p>相模原市が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）の情報及び官公署・医療機関等における情報について、必要な範囲で調査を行うことに同意します。 また、助成金支給後、申請内容の偽りや記載誤りにより支給要件に非該当となった場合には、相模原市に助成金を返還します。</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>※「いいえ」の場合、審査ができないため、助成金の支給ができません。</p>
<p>キャッチアップ接種を受けたことがあります。 ※「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載ください。 定期予防接種とキャッチアップ接種で3回接種済の方は、助成金の対象外です。</p>	<p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p>_____回・_____</p>
<p>本申請分のヒトパピローマウイルス感染症に係る接種費用について、他の自治体から費用の助成を受けたことがあります。 ※ 費用助成を受けることができるのは、令和4年4月1日に住民登録があった自治体です。</p>	<p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>

【提出書類チェック欄】

- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書、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）又はヒトパピローマウイルス感染症予防接種助成金交付申請書用証明書(第2号様式)

(郵送申請の場合)

- 申請者本人の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請者と接種を受けた方が異なる場合は双方のもの）※ 運転免許証、健康保険証（両面）など、いずれか一つ

※ 必要書類が不足している場合等、追加で書類の提出をお願いすることがあります。