

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

接種を受けた人が申請者です。  
※未成年の場合は、保護者が申請してください。  
※振込口座は、申請者以外の口座を指定することができます。

〒000-0000  
住所 相模原市中央区中央〇-〇-〇  
申請者氏名 〇〇〇〇  
(本人・保護者・その他( ))  
電話番号 000-000-0000

※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申請書  
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交付を申請します。  
申請者と同じ場合は、第4条の規定に基づき、  
で結構です。

フリガナ	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	平成〇〇年〇月〇〇日
	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	〒	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 checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
接種を受けた者	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	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇,〇〇〇 円	
	2回目	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇,〇〇〇 円	
	3回目	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇,〇〇〇 円	
申請金額合計			〇〇,〇〇〇 円	
接種医療機関	名称	〇〇クリニック		
	住所	相模原市 緑区 〇〇 〇〇〇番地		
	TEL	000-000-0000		
※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				
接種を受けた医療機関を記入してください。				

申請者と同じ場合は、  
で結構です。

ワクチンの種類、接種日、申請金額を記入してください。

接種を受けた医療機関を記入してください。

※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>相模原市がご る場合は双方 情報について また、助成金 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>内容を確認し、該当する項目に ☑をしてください。</p>	<p>と被接種者が異なる 医療機関等における 同意します。 により支給要件に</p>	<p>☑はい    □いいえ ※「いいえ」の場合、審査ができません。</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>☑いいえ    □はい 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 ※ 費用助成を受けることが 自治体です。</p>	<p>提出書類を確認してください。 接種費用の支払いを証明する書類がない場合には提出不要です。</p>		<p>☑いいえ    □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。