

川崎市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払い申請書

令和●年●●月●●日

（あて先）川崎市長

標記について、次のとおり関係書類を添付してください。

- ・申請者は **18歳以上の方はご本人**、18歳未満の方は同一世帯の保護者の方となります。
- ・18歳以上で申請者と被接種者が違う場合は、必ず、別紙委任状の添付をしてください。（裏面の委任状ではありません。）

申請者	フリガナ	カワサキ ハナ		
	氏名	川崎 花子	接種を受けた者との続柄	本人
	現住所	〒 現在の住所を御記入ください。		
	電話番号	090-●●●●-●●●●		

※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。

被接種者	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	H●年 ●月●●日		
	氏名					
	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	〒	※令和4年4月1日時点の住所が川崎市外であった場合、申請できません。		
	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）				
	予防接種を受けた年月日 （申請分のみ記載）	1回目	平成●●年 ●●月●●日			
		2回目	令和 ●年 ●月●●日			
		3回目	令和 ●年 ●●月 ●日			
	申請金額 （申請分のみ記載）	1回目	●●, ●●● 円	合計	申請金額の合計を記入してください。	
2回目		●●, ●●● 円				
3回目		●●, ●●● 円				
接種医療機関	名称	●●●クリニック				
	住所	川崎市川崎区■●町1-				
	TEL	044-●●●●-●●●●				
※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						

申請金額は、接種費用の支払いを証明する書類がない場合は空欄にしてください。

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	■■■■■	銀行 信用金庫 農協	■■	本店 支店 支所				
	金融機関コード	●	●	●	●	支店番号	●	●	●
	預金種別	普通				当座			
	口座番号	01234567							
	フリガナ	カワサキ ミユキ							
口座名義人	川崎 幸								
依頼人（申請者）氏名		川崎 花子							

振込先口座が申請者と異なる場合、必ず、<委任状>の記載をしてください（本例は異なる場合を想定）。申請者と同一の場合は記載不要です。

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下記に記入をお願いします。

<委任状>私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
令和●●年●●月●●日	
申請者氏名	川崎 花子

【誓約・同意事項】 該当する項目に☑を入れてください。

※誓約・同意をいただけない事項がある場合、償還払いができない場合がありますので予め御承知おきください。

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、川崎市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）を添付していますか。 ※紛失等で書類を用意できない場合も申請は可能です。償還額は、原則的に、定期接種に係る基準単価となります。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、川崎市において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取扱うことに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
令和4年4月1日以降に定期接種（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御記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 回数 自治体名
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"/> はい <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い合わせることに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りや虚偽の記載があり支給要件に該当しなかった場合には、支給を拒否することに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

必ず提出書類の確認をしてください。

【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）などいずれかひとつ
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）
- 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票写しのいずれか1点）
※母子健康手帳を提出する場合は、「接種を受けた方の名前の記載がある表紙ページ」と「予防接種の記録のページ」の両方の写しを御用意ください。
※申請者と被接種者が異なる、必要書類が不足している等の場合に追加書類を求めることがあります。
- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）
※原本に限ります。接種費用の支払いを証明する書類を紛失等で用意できない場合も申請は可能です。