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

令和　　年　　月　　日

福 知 山 市 長　様

表記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ 氏　　名		接種を受けた者との続柄	
	現 住 所	〒		
	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・配偶者に限ります。

※被接種者が１８歳以上の場合、被接種者以外が申請するときは別紙委任状を提出してください。

被接種者	フリガナ 氏　　名	□申請者と同じ (右欄には記入不要)		生年月日	年　月　日
	現　住　所		〒		
	令和４年４月１日時点の住所	□現住所と同じ (右欄には記入不要)	〒		
	ワクチンの種類	□組換え沈降２価ＨＰＶワクチン（サーバリックス）			
		□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	年　月　日		
		２回目	年　月　日		
		３回目	年　月　日		
	申請金額 (申請分のみ記載)	１回目	円	合計 円	
		２回目	円		
		３回目	円		
	接種医療機関	名称			
		住所			
		電話番号			
	※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載してください。				

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。

<table>
<tr><td rowspan="6">振込先口座</td><td rowspan="2">金融機関名</td><td colspan="8">銀　　行　　支店
信用金庫　　支店
農協同組合　　支所</td></tr>
<tr><td>ゆうちょ銀行店番</td><td></td><td></td><td></td><td>支店番号</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td>普　通　・　当　座</td><td colspan="2">口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>口座名義人</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>依頼人(申請者)名</td><td colspan="9"></td></tr>
</table>

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、下欄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　　（続柄：　　）

【同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

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記載してください。	□いいえ　□はい 回　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。	□いいえ　□はい
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、福知山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。	□はい　□いいえ
福知山市において支給決定をした後は、この申請書を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。	□はい　□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い場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	□はい　□いいえ

※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などの場合に、追加の書類を求めることがあります。