

山形市子宮頸がん予防ワクチン (任意接種) 費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 山形市長

山形市子宮頸がん予防ワクチン (任意接種) 費用補助金交付要綱第4条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請者	住所	〒	
	フリガナ		
	氏名	(被接種者との関係):	
	電話番号	-	

※申請をすることができる者は、接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	平成 年 月 日	
	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	〒			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン				
	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	
接種医療機関	名称				※複数の医療機関で接種した場合は、左記以外の接種医療機関の名称・住所・TELをこの欄に記載	
	住所					
	TEL					

組換え沈降2価HPVワクチン又は組換え沈降4価HPVワクチンを接種				
申請額	接種回数	自己負担額 (A)	上限額 (B)	申請 (請求) 額 (AとBのうち少ない額)
	1回目	円	16,687円	円
	2回目	円	16,687円	円
	3回目	円	16,687円	円
	合計金額	円		円
組換え沈降9価HPVワクチンを接種				
申請額	接種回数	自己負担額 (A)	上限額 (B)	申請 (請求) 額 (AとBのうち少ない額)
	1回目	円	27,687円	円
	2回目	円	27,687円	円
	3回目	円	27,687円	円
	合計金額	円		円

裏面もご記入ください。

振込先は申請者名義の銀行口座をご記入ください。

振込先	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									
	フリガナ	-----								
	口座名義人									

【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、山形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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
キャッチアップ接種（※1）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載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____回・_____
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。 なお、「はい」の場合、山形市から補助金の交付を受けることはできません。	<input type="checkbox"/> はい <input 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 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交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの補助金を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい

（※1）キャッチアップ接種とは、令和4年4月1日から令和7年3月31日までの間に、定期接種の範囲（高校1年相当）を超えて接種をするものであり、令和6年度のキャッチアップ接種の対象者は平成9年4月2日から平成20年4月1日までの間に生まれた女性となります。

【提出書類】

- 被接種者の氏名・住所・生年月日を確認することができる書類の写し（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1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
- 予防接種を受けた医療機関が発行した領収書又は支払済み証明書（原本）
（予防接種を保険適用外で負担した額、接種日及び医療機関の名称が記載されたもの又はこれらの事項を証する書類（レシート不可））
- 接種記録を確認することができる書類（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に係る任意接種補助金申請用証明書（別記様式第2号）（上記の領収書又は支払済み証明書（原本）がない場合に限る。）

※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、追加の書類を求めることがあります。