

子宮頸がん予防ワクチン(HPVワクチン)に係る任意接種助成金交付申請書

令和 年 月 日

大和高田市長 様

申請者氏名 (自署)

住所 大和高田市

電話番号 ()

被接種者との続柄

続柄が法定代理人(親権者等)以外の場合は裏面の委任状が必要。

次のとおり子宮頸がん予防ワクチン(HPVワクチン)に係る任意接種助成金の交付を申請します。

被接種者氏名				
被接種者の生年月日	年 月 日			
ワクチンの種類	接種年月日	接種医療機関名	接種費用 (自己負担分)	助成金決定額 ※健康増進課 記入欄
<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル				円
<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル				円
<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル				円
申請額 金 _____ 円				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は、この欄に名称、住所及び電話番号を記載				

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

令和4年4月1日時点で大和高田市で住民登録をされていますか。	<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欄にご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・_____
本申請分の子宮頸がん予防ワクチン(HPVワクチン)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 type="checkbox"/> いいえ
子宮頸がん予防ワクチン(HPVワクチン)の接種を受け、実費を負担した日が令和4年3月31日までであることを確認されていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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、必要な範囲において、申請者及び申請者の世帯に係る必要な住民基本台帳等について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は、申請者が必要な書類を提出することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【添付書類】

- 接種費用の支払を証明する書類(領収書及び明細書、支払証明書等)※原本に限る
 - 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)
 - 被接種者本人の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し
- 申請時点の住所が記載された住民票・運転免許証・健康保険証(両面)などいずれかひとつ被接種者が代理人に申請等を委任する場合は、代理人本人の書類も必要です。
※必要書類が不足している等の場合には追加の書類を求めることがあります。

※1 キャッチアップ接種とは・・・

平成9年4月2日～平成20年4月1日生まれ(誕生日が1997年4月2日～2006年4月1日)の女性で過去に子宮頸がん予防ワクチン(HPVワクチン)の接種を合計3回受けていない方を対象に、令和4年4月1日～令和7年3月末日までに子宮頸がん予防ワクチン(HPVワクチン)を接種する機会をあらためて提供するものです。期限内に接種された場合は、その費用は公費となります(ただし、接種に直接要した費用のみ。)