

# 記入例

第1号様式（第3条関係）

大府市子宮頸がん予防に係る任意接種費助成金交付申請書兼請求書

申請日（窓口来所時記入）

~~年 月 日~~

大府市長 殿

申請者は、保護者又は被接種者本人  
（18歳未満の場合は保護者に限る）

申請者 住 所 **大府市江端町四丁目2番地**  
氏 名 **オオブ 花**  
電話番号 **47-8000**  
被接種者との続柄 **本人**

大府市子宮頸がん予防に係る任意接種費助成金交付要綱第3条第1項の規定により、添付書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

|        |                       |   |               |                   |
|--------|-----------------------|---|---------------|-------------------|
| 被接種者   | フリガナ                  |   | 生年月日          | 平成15年5月1日         |
|        | 氏名                    | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ  |               |                   |
|        | 住所<br>※令和4年4月1日時点の住所  | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ  |               |                   |
| 接種の状況  | 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）<br><input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル） |               |                   |
|        | 接種医療機関名（市町村名）         | <b>おおぶ医院</b> （ <b>大府市</b> ）   |               |                   |
|        | 接種年月日<br>（申請分のみ記載）    | ①接種に要した金額<br>（申請分のみ記載）  | ②上限額<br>※市記入欄 | 申請金額<br>（①と②の低い額） |
|        | 1回目 <b>令和2年4月6日</b>   | 円   | 円             | 円                 |
|        | 2回目 <b>令和2年6月10日</b>  | 円   | 円             | 円                 |
|        | 3回目 <b>令和2年10月20日</b> | 円   | 円             | 円                 |
| 申請合計金額 |                       | 円（ <input type="text"/> 回接種分）   |               |                   |

上記申請にかかる助成金の交付を下記のとおり請求します。

記

|       |               |  |
|-------|---------------|--|
| 交付請求額 | 金             | 円  |
| 振込口座  | 金融機関名         | <b>おおぶ</b> <b>銀行</b> 信用金庫 <b>大府</b> 本店 <b>支店</b> 出張所 |
|       | 預金種別          | <b>普通</b> ・ 当座                                       |
|       | 口座番号          | <b>1234567</b>                                       |
|       | フリガナ<br>名義人氏名 | <b>オオブ ヤスコ</b><br><b>大府 保子</b>                       |

申請者と名義人が異なる場合は、裏面の委任状の記入が必要です。

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、下欄に記入をお願いします。

|   |
|---|
| <b>※委任状</b><br>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。<br><b>令和〇年〇月〇日</b><br><br>申請者氏名 <b>大府 花</b> |
|---|

【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）、医療機関、関係自治体等における情報について、大府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                 |
| この申請書を、大府市において交付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                 |
| 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ご記載ください。                                       | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ<br>_____回・_____ |
| 本申請分の子宮頸がん予防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を行いましたか。  | <input checked="" 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、交付済みの助成金を返還することに同意しますか。                              | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                 |

【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）

※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。