

筑紫野市HPVワクチンの任意接種に係る償還払申請書

年 月 日

(宛先) 筑紫野市長

筑紫野市ヒトパピローマウイルスワクチンの任意接種に係る償還払実施要綱第3条第1項の規定により、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					接種を受けた者との続柄	
	氏名						
	現住所	〒					
	電話番号		生年月日	年 月 日	性別	男・女	
	同意事項	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）、接種及び暴力団等に関する情報について、必要があるときは官公庁及び医療機関等に対し調査・照会を行うことに同意します。 □はい □いいえ					

※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		生年		
	氏名	□申請者と同じ	月日		
	現住所	□申請者と同じ			
	令和4年4月1日時点の住所	□申請者と同じ			
	ワクチンの種類	□ 組み換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）			
		□ 組み換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
	予防接種日、金額 (申請対象のみ記載)	1回目	年 月 日		円
		2回目	年 月 日		円
		3回目	年 月 日		円
				合計	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、下記に名称・住所・電話番号を記載					

- 【提出書類】 □申請者及び被接種者の氏名、住所及び生年月日が確認できる書類の写し
 □接種の費用の支払い及び接種回数を証明できる領収書等の原本
 □接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は予診票等の写し