

年 月 日

練馬区長 殿

申請者住所

氏名

（被接種者との続柄）

（電話番号）

ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症に係る任意接種償還払い申請書兼請求書

HPVワクチンの任意接種を自費で受けたため、当該費用について償還払いを希望します。ついては、練馬区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要綱第4条第1項の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請・請求しますので、決定金額を下記の口座に振り込んでください。

記

1 被接種者

フリガナ 氏 名		生年 月 日	年 月 日生
住 所	〒		

2 接種を受けた予防接種の種類および接種医療機関ならびに申請金額

太枠内を記入してください。

予防接種の種類 (該当するものに☑をしてください)	接種日	申請金額	決定金額
組換え沈降2価HPVワクチン(サーバリックス)	年 月 日	円	円
組換え沈降4価HPVワクチン(ガーダシル)	年 月 日	円	円
組換え沈降9価HPVワクチン(シルガード)	年 月 日	円	円
	合計	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、以下の余白も利用して、名称・住所・電話番号を記載してください。

3 振込先（申請者または項目4に記載する代理人名義の口座を記入してください。）

振込先金融機関	<div> <div>銀行</div> <div>信用金庫</div> <div>信用組合</div> <div>農協</div> </div>				<div>本店</div> <div>支店</div> <div>出張所</div>			
---------	--	--	--	--	--	--	--	--

4 受領委任欄（申請者以外の口座を指定する場合は、必ずご記入ください。）

代理人氏名	
代理人住所	
上記の者を代理人と認め、助成金の受領を委任します。 申請者氏名： 印	

5 誓約・同意事項 該当する項目に☑をしてください。

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）および医療機関等における情報について、練馬区（以下「区」という。）が必要と認めるときは、区が調査を行うことに同意しますか。	はい 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。	はい 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。	はい 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。	はい いいえ 非該当
区が償還払いを行った後、申請内容に偽りや相違があり支給要件に該当しなかったことが判明した場合には、区から支給を受けた費用を返還することに同意しますか。	はい いいえ

6 提出書類の確認 添付した書類に☑をしてください。

被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し

申請時住所記載の運転免許証、マイナンバーカード（個人番号記載の裏面は不要）など、いずれかひとつ

振込希望先金融機関の通帳またはキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）

接種費用の支払を証明する書類（領収書および明細書、支払証明書等）

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、追加書類を求めることがあります。