第１号様式（第４条関係）

　　　年　　月　　日

　　練馬区長　殿

申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被接種者との続柄　　　　）

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 |
| 現　住　所 | 〒 |
| 令和４年４月１日時点の住所 | 〒練馬区　 |
| 電話番号 | （　携帯・自宅　） |

　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）□組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル）□組換え沈降９価ＨＰＶワクチン（シルガード） | 年　 月　 日 | 円 | 円 |
| 年　 月　 日 | 円 | 円 |
| 年　 月　 日 | 円 | 円 |
|  | 申請金額合計 | 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 | 銀　　行信用金庫信用組合農　　協 | 本　店 支　店 出張所  |
| 金融機関番号・支店番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ） |  |
| 口座名義 |  |
| 預金種別 | １普通 ・２当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

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。）

　　　下記の者を代理人と認め、助成金の受領を委任します。

|  |  |
| --- | --- |
| 代理人氏名 |  |
| 代理人住所 |  |

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 |
| 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、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）※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、追加書類を求めることがあります。