

記入例

令和6年 ○月 ○日

練馬区長 殿

申請者は保護者様で  
 お願いします。

申請者 住 所 練馬区豊玉北6-12-1  
 氏 名 練馬 さくら  
 (被接種者との関係 母  
 電話番号 012-3456-7890

住民票に記載の住所

自署しない  
 場合は押印

HPV男性任意予防接種償還払い申請書兼請求

日中に連絡のとりやすい  
 番号を記入してください。

HPV男性任意予防接種を全額自費で受けたため、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HPV男性任意予防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、下記のとおり申請します。

なお、支給決定後、下記の申請金額を請求しますので、下記の口座に振り込んでください。

記

1 被接種者

|             |               |      |           |
|-------------|---------------|------|-----------|
| 被接種者<br>氏 名 | 練馬 太郎         | 生年月日 | 平成〇〇年〇月〇日 |
| 住 所         | 練馬区豊玉北6-12-1  |      |           |
| 電話番号        | 012-3456-7890 |      |           |

2 接種を受けた予防接種の種類、接種医療機関および申請金額

※ 太枠内を記入してください。

※ 生活保護および中国残留邦人等支援給付受給中の方は、受給証明書を添付ください。

| 予防接種の種類<br>(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 |
|------------------------------|------------|-------|------|
| ヒトパピローマウイルス                  | 令和〇年 ○月 ○日 | 〇〇〇〇円 | 円    |
| ☑組換え沈降4価HPVワクチン<br>(ガーダシル)   | 令和〇年 ○月 ○日 | 〇〇〇〇円 | 円    |
|                              | 令和〇年 ○月 ○日 | 〇〇〇〇円 | 円    |
| 申請金額合計                       |            | 〇〇〇〇円 | 円    |

|            |      |               |
|------------|------|---------------|
| 接種医療<br>機関 | 名称   | 〇〇クリニック       |
|            | 所在地  | 練馬区豊玉北〇-〇〇-〇  |
|            | 電話番号 | 098-7654-3210 |

接種した医療機関  
 を記入

※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。

