第１号様式（第４条関係）

**記入例**

　　　年　　月　　日

　　練馬区長　殿

申請者　住　　所　**練馬区豊玉北６－１２－１**

　　　　　　　　　氏　　名　**練馬　さくら**

**申請者は、保護者様でお願いします。**

　　　　　　　　（被接種者との関係　　**母**　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　**012-3456-7890**

ＨＰＶ男性任意予防接種償還払い申請書兼請求書

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  氏　名 | **ネリマ　サクラ**  **練馬　さくら**  **住民票がある住所を記入しください。** | 生年月日 | **平成△年　〇月　×日生** |
| 住　所 | 〒**176-8501**  **練馬区豊玉北6-12-1**  **連絡が取りやすい電話番号を記入してください。** | | |
| 電話番号 | ０９０－●●●●－●●●● | | |

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  （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  □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル） | | | | 令和〇年●月●日 | 円 | 円 |
| 令和〇年●月●日 | 円 | 円 |
| 令和〇年●月●日 | 円 | 円 |
|  | | 申請金額合計 | | | 円 | 円 |
| 接種医療  機関 | 名称 | |  | | | |
| 所在地 | |  | | | |
| 電話番号 | | **接種した医療機関を記載してください。** | | | |
| ※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　区が指定する医療機関以外において接種した理由

　　※該当する項目に☑をしてください。その他を選択した場合は（　）に理由を記載ください。

　　□入院中または施設入所中　　□訪問診療等の医療サービスを利用中

　　☑かかりつけ医が区の指定する医療機関でない　　□保護者等が里帰り中

**近い理由に☑を記入してください。**

　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４　振込先（申請者または項目５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  **助成金の振込先は、通帳またはキャッシュカードに記載している口座情報とお間違えなく記入してください。** | | | | | 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 | |  |  |  | |  |  | |  |  |

５　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 | **申請者名義の口座を振り込み先とした場合、記入の必要はありません。** |
| 代理人住所 |  |

６　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および医療機関等における情報について、区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 |
| これまでにＨＰＶ男性任意予防接種費用について、区の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。  **必ずお読みいただき、該当する項目に☑を記入してください。** | □はい　□いいえ |

７　提出書類の確認　※添付した書類に☑をしてください。

□申請者の氏名、住所および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写し　※口座番号等確認用

□医療機関が発行する領収書または診療明細書等の費用の内訳が分かるものの原本または写し

□接種済みの記載がある予診票もしくは予防接種済証の原本もしくは写しまたはＨＰＶ男性任意予防接種償還払い申請用証明書（第２号様式）

**提出書類に不足がないか、確認後☑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の受給証明書　※受給中の方のみ

※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。