

記入例

令和〇年 〇月 〇日

練馬区長 殿

住民票に記載の住所

申請者は、被接種者の
保護者様でお願いします。

申請者 住所 〒176-0012
練馬区豊玉北6-12-1
氏名 練馬 花子 印
(被接種者との関係 母
電話番号 012-3456-7890

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 氏名	ネリマ サクラ 練馬 さくら	生年月日	平成〇年〇月〇日
住所	〒176-8501 練馬区豊玉北6-12-1		
電話番号	同上		

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
ヒトパピローマウイルス	令和〇年〇月〇日	〇〇〇〇円	円
<input type="checkbox"/> 4価HPVワクチン (製品名：ガーダシル)	令和〇年〇月〇日	〇〇〇〇円	円
<input checked="" type="checkbox"/> 9価HPVワクチン (製品名：シルガード9)	令和〇年〇月〇日	〇〇〇〇円	円
	合計	〇〇〇〇円	円

接種医療 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。

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
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
その他（

該当するものに☑
または記入

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	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 銀行 信用金庫 信用組合 農協	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 出張所
金融機関番号・支店番号 (フリガナ)	振込先情報は通帳などをご確認の上、 お間違のないよう記入してください。			
口座名義				
預金種別	<input checked="" type="radio"/> 1 普通	・ 2 当座	口座番号	<input type="radio"/>

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。）

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： <input checked="" type="radio"/> 印	

申請者以外の方の口座を指定
する場合に記入し、押印して
ください。

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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
これまでにHPV男性任意予防接種費用について、区から費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

必ずお読みいただき、
該当する方に☑して
ください。

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、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
希望する振込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接種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
生活保護費の受給証明書 ※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。

提出書類を用意し、
確認後に☑してください。