

練馬区長 殿

申請者 住 所 〒

氏 名
 (被接種者との関係)
 電話番号

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	生年月日
住 所	
電話番号	

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	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 4価HPVワクチン (製品名：ガーダシル)	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 9価HPVワクチン (製品名：シルガード9)	年 月 日	円	円
	合計	円	円

接種医療 機関	名称	
	所在地	
	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。

