

領収書なし

## 補助金等交付申請書

(三田市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費助成金請求書兼同意書)

令和4年7月1日

三田市長 あて

|     |      |                    |              |   |
|-----|------|--------------------|--------------|---|
| 申請者 | フリガナ | サンダ タロウ            | 接種を受けた本人との続柄 | 父 |
|     | 氏名   | 三田 太郎              |              |   |
|     | 現住所  | 〒669-1514 三田市川除675 |              |   |
|     | 電話番号 | 079-559-5701       |              |   |

※申請できるのは接種を受けた本人、またはその保護者に限ります。

下記のとおり、補助金等の交付を受けたいので、三田市補助金等交付規則第4条の規定により申請します。

### 記

- 補助金等の名称 三田市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費助成金
- 補助事業等の目的 定期接種の機会を逃した任意接種に係る費用の助成
- 補助事業等の内容

|   |                          |  |              |      |          |
|---|--------------------------|--|--------------|------|----------|
| 被接種者  | フリガナ                     |  | サンダ ハナコ      | 生年月日 | H15年4月3日 |
|   | 氏名                       | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                    | 三田 花子        |      |          |
|   | 現住所                      | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ         | 〒            |      |          |
|   | 令和4年4月1日時点の住所            | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ         | 〒            |      |          |
|   | ワクチンの種類                  | <input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン |              |      |          |
|   |                          | <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン            |              |      |          |
|   | 予防接種を受けた年月日<br>(申請分のみ記載) | 1回目  | 令和3年         | 5月   | 1日       |
|   |                          | 2回目  | 令和3年         | 6月   | 1日       |
|   |                          | 3回目  | 令和3年         | 10月  | 1日       |
|   | 申請金額<br>(申請分のみ記載)        | 1回目  | 16,731円      | 合計   | 50,193円  |
|   |                          | 2回目  | 16,731円      |      |          |
|   |                          | 3回目  | 16,731円      |      |          |
|   | 接種医療機関                   | 名称   | 〇〇レディースクリニック |      |          |
| 住所  |                          | 三田市〇〇  |              |      |          |
| TEL   |                          | 079-559-〇〇〇〇                                       |              |      |          |
| ※複数の医療機関で接種した場合、医療機関の名称・住所・TELを記載してください。<br>3回目のみ 〇〇内科で接種 |                          |  |              |      |          |

領収書がない場合は、1回あたり16,731円となります。

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

|            |       |   |  |  |  |  |      |  |  |    |    |
|------------|-------|---|--|--|--|--|------|--|--|----|----|
| 振込先口座      | 金融機関名 | <div style="text-align: right;"> <input checked="" type="radio"/> 銀行                 </div> ゆうちよ 信用金庫 一二三 |  |  |  |  |      |  |  | 本店 |    |
|            |       | <div style="text-align: right;">                     農協                 </div>                            |  |  |  |  |      |  |  | 支店 |    |
|            |       | 金融コード   |  |  |  |  | 支店番号 |  |  |    | 支所 |
|            | 預金種別  | <input checked="" type="radio"/> 普通 ・ 当座  |  |  |  |  |      |  |  |    |    |
|            | 口座番号  | 1 2 3 4 5 6 7   |  |  |  |  |      |  |  |    |    |
|            | フリガナ  | サンダ ハナコ   |  |  |  |  |      |  |  |    |    |
|            | 口座名義人 | 三田 花子   |  |  |  |  |      |  |  |    |    |
| 依頼人（申請者）氏名 |       |   |  |  |  |  |      |  |  |    |    |

申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望される場合、下欄に記入をお願いします。

|   |
|---|
| ※委任状<br>私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。<br>令和4年7月1日<br>申請者氏名 三田 太郎 |
|---|

【誓約・同意事項】 ※該当する項目にを入れてください。

|   |   |
|---|---|
| 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）及び医療機関等における情報について、三田市が必要と認めるときは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                     |
| この申請書を、三田市において交付決定した後、任意接種費用の請求書として取り扱うことに同意しますか。                                   | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                     |
| キャッチアップ接種を受けましたか。<br>「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。                            | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ<br>（自治体名）<br>回・市区町村 |
| 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。                          | <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い合わせを行いましたか。                                   | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                     |
| 申請内容に偽りがあった場合や相違があり交付要件に該当しなかった場合には、受領済みの助成金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                     |

#### 4 添付書類

接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、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、追加の書類を求めることがあります。