

令和4(2022)年4月1日
時点で品川区に住民登録のない方
は申請できません。

第1号様式(第4条関係)

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書

| | | |
|----------------------|-----------------------------|---|
| (予防疫種を受けた本人) 被接種者 | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| | 現住所 | 〒 |
| | 住所 ※令和4(2022)年 4月1日時点 | <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる(下記に記入) 〒 品川区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 |

| | |
|---------------------|---|
| 申請額 (内訳は裏面のとおりに) | 円 |
|---------------------|---|

私が受領する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、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 | 銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合 出張所 | | | | | |
| | 金融機関コード (4桁) | | | | | 支店番号 (3桁) | |
| | 口座の種類 | 普通 | ・ | 当座 | 口座番号 (左詰め) | | |
| | フリガナ | | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | |

品川区長あて
ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払いについて、関係書類を添えてを申請します。

_____年 _____月 _____日

申請者(予防疫種を受けた本人)
※予防疫種を受けた本人が18歳未満の場合は保護者等

住所 〒 _____

氏名 _____

電話 (_____)

申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記入が必要です。

委任状

私は、上記口座名義人にヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。

年 _____月 _____日

氏名
(申請者と同一)

.....《以下、区事務処理欄》.....

| | |
|-----|---|
| 決定額 | 円 |
|-----|---|

| | | | | | |
|--------------------------|--|---------------|--|-----------------|--|
| 住民情報システム確認 (令和4年4月1日) | | 接種費用 (領収書) | | 接種記録 (母子手帳等) | |
|--------------------------|--|---------------|--|-----------------|--|

| 回数 | ワクチンの種類 (該当する方に○) | 接種年月日 | 年齢 | ①接種費用 (税込) ※初診料等は 含みません。 | ②助成上限額 | ③助成申請額 (①または②の少ない額) |
|-----|---------------------------------------|-------------------|-------|-----------------------------------|----------|------------------------|
| 1回目 | 2価 (サーバリックス) ・ 4価 (ガーダシル) | ____年 ____月 ____日 | ____歳 | ____円 | 17,578 円 | ____円 |
| 2回目 | 2価 (サーバリックス) ・ 4価 (ガーダシル) | ____年 ____月 ____日 | ____歳 | ____円 | 17,578 円 | ____円 |
| 3回目 | 2価 (サーバリックス) ・ 4価 (ガーダシル) | ____年 ____月 ____日 | ____歳 | ____円 | 17,578 円 | ____円 |
| | | | | 助成申請額 (合計) | | ____円 |

| | | |
|----------------|-----|---|
| 接種 医療 機関 | 名称 | |
| | 住所 | 〒 |
| | TEL | |

【誓約・同意事項】

| | | |
|---|--|---|
| 1 | この申請に係る住民基本台帳（申請者と予防接種を受けた本人が異なる場合は双方の登録事項）および医療機関等における情報について、品川区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 type="checkbox"/> はい ※同意しない場合は申請できません。 |
| 2 | 品川区において支給決定をした後は、この申請書を任意接種費用の請求書として取扱うことに同意しますか。 | <input type="checkbox"/> はい ※同意しない場合は申請できません。 |
| 3 | 本申請分のヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん予防）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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →自治体名（ ） |
| 4 | 申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。 | <input type="checkbox"/> はい ※同意しない場合は申請できません。 |

【提出書類】

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書（本用紙） (押印漏れ注意) |
| <input type="checkbox"/> | 2 接種費用の支払いを証明する書類（原本） (領収書および明細書) 紛失等のやむを得ない事情により添付できない場合は、下記を提出 ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請用支払申告書（第2号様式） 区指定の様式（区HPよりダウンロード可能）に申請者が記入してください。 |
| <input type="checkbox"/> | 3 接種記録が確認できる書類 母子健康手帳の「予防接種の記録」欄の写し、予防接種済証（写し）、接種済みの記載がある予診票（写し） いずれか1点 紛失等のやむを得ない事情により添付できない場合は、下記を提出 ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請用接種済証明書（第3号様式） 区指定の様式（区HPよりダウンロード可能）に接種医療機関が証明したものに限りです。 |

※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。