

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。

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申請用支払申告書

申請者（予防接種を受けた本人）

※予防接種を受けた本人が18歳未満の場合は保護者等

住 所：

氏 名：

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あたり、ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの接種費用の支払いを証明する書類を添付できないため、下記のとおり申告します。

被接種者	氏名		生年月日	年	月	日
支払先 (接種医療機関)	名称					
	住所	〒				
	TEL					
1回目	支払日		支払金額			
	年	月	日	¥		
	支払事由					
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス®）		任意接種費用			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル®）		任意接種費用			
2回目	支払日		支払金額			
	年	月	日	¥		
	支払事由					
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス®）		任意接種費用			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル®）		任意接種費用			
3回目	支払日		支払金額			
	年	月	日	¥		
	支払事由					
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス®）		任意接種費用			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル®）		任意接種費用			
医療機関確認	<input type="checkbox"/> 支払金額が上記のとおり相違ないことを接種医療機関に確認しました。					
領収書を 欠く理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他（以下に具体的に記入）					
特記事項						

※実施した回数分のみ記載してください。

※支払金額が不明な場合は、その旨を特記事項に明記してください。

..... <以下、区事務処理欄>

医療機関 確認	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 確認不可 (理由:)
------------	---

支払金額	
------	--