

武蔵野市長 殿

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い申請書兼請求書

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費の償還払いを受けたいので、武蔵野市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費の償還払い申請書の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請いたします。なお、この償還払いによる費用は、本市住民基本台帳及び医療機関等における情報を確認するものとさせていただきます。

被接種者が18歳未満：本人または保護者
18歳以上：本人のみ

注 太枠内のみご記入ください。

1 申請者（被接種者本人または保護者のみ）

フリガナ	ムサシノ ハナコ	印 武蔵野	被接種者との続柄	本人
氏名	武蔵野 花子			
現住所	郵便番号 180-0001 武蔵野市吉祥寺北町4-8-10			
電話番号	0422-51-0700			

印を忘れずに！

2 被接種者

フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	平成12年4月2日
氏名			
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"/> 現住所と同じ		<input type="checkbox"/> 住登確認

3 予防接種（助成対象分のみ記載）

予防接種を受けた日	ワクチンの種類（注）	支払額	市の契約単価	認定額	審査欄
令和2年4月2日	2価 4価	16,000円	円	円	
令和2年6月2日	2価 4価	16,000円	円	円	
令和2年10月2日	2価 4価	16,000円	円	円	
合計（請求額）				円	

（注）2価：組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス®）
4価：組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル®）

備考 1 認定額は、支払額と市の契約単価とのうち、いずれか低い金額になります。
2 請求権は、交付決定後に生じます。

4 振込先

銀行名	コード	1	2	3	4	支店名	支店番号	5	6	7		
		〇〇		銀行 信用金庫 農協				××			本店 支店 支所	
フリガナ	ムサシノ タロウ											
口座名義	武蔵野 太郎											
口座種別	普通・当座				口座番号	8	9	0	1	2	3	4

振込先の口座名義を申請者以外の方にする場合は、下記委任状に記入及び捺印が必要です。

委任状

私は、本件に係る助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。

令和4年6月1日 申請者 武蔵野 花子

申請者以外の口座に振り込む場合は必ずご記入ください！印も忘れずに！

（※）それぞれの自己負担額が確認できるもの（健康手帳、予防接種済証等）