

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に関する要綱第4条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。

なお、この償還払いによる助成を受けるために必要な範囲内において、市が住民基本台帳及び医療機関等における情報を確認することに同意します。

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		印	被接種者との続柄
氏名			
現住所	郵便番号		
電話番号			

2 被接種者

フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
氏名			
現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
令和4年4月1日時点の住所	<input 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
年 月 日	2価・4価	円	円	円	
年 月 日	2価・4価	円	円	円	
年 月 日	2価・4価	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				支店名	支店番号			
	銀行 信用金庫 農協					本店 支店 支所			
フリガナ									
口座名義									
口座種別	普通 ・ 当座			口座番号					

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。	
年 月 日	申請者 印

5 関係書類

- 領収書（接種した予防接種の種類とそれぞれの自己負担額が確認できるもの）
- 予防接種の記録が確認できる書類（母子健康手帳、予防接種済証等）
- その他市長が必要と認める書類