

様式第1号（第5条関係）

富士見市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用補助金交付申請書

令和 年 月 日

（宛先） 富士見市長

住所
 申請者 氏名
 電話番号 ()
 被接種者との続柄 ()

富士見市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用補助金の交付を受けたいので、補助金等の交付手続等に関する規則第4条の規定により、次のとおり申請します。

1 交付申請額 _____ 円

2 実施内容

被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		生年 月日	平成 年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
	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			
ワクチンの種類		<input 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 (申請分のみ記載)		1回目	平成 ・ 令和	年	月 日
		2回目	平成 ・ 令和	年	月 日
		3回目	平成 ・ 令和	年	月 日
申請金額 (申請分のみ記載)		1回目			円
		2回目			円
		3回目			円
接種医療機関名 (所在地)		都道府県 市区町村			

【裏面に続く】

3 添付書類

- 領収書その他予防接種の種類が記載された支払を証する書類又は様式第2号
- 予防接種の接種状況を確認することができる予防接種済証又は母子健康手帳の写し又は様式第3号

誓約・同意事項

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、富士見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 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。 はいの場合、接種回数と接種を受けた自治体名をご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ____回・_____
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 type="checkbox"/> いいえ
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 <input type="checkbox"/> いいえ