

様式第1号 (第4条関係)

塩尻市子宮頸がん(HPV)ワクチン任意接種償還払い申請書

令和 年 月 日

(あて先) 塩尻市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者 との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請できるのは、申請時に18歳以上の場合は本人、18歳未満の場合はその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ		生年月日	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	年 月 日			
		2回目	年 月 日			
		3回目	年 月 日			
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	円	合計  円		
2回目		円				
3回目		円				
接種医療機関	名称					
	住所					
	TEL					

	※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TEL を記載
--	----------------------------------

私が受領す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 農協	支店 支所
	預金種別	普通 ・ 当座		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			

**【提出書類】**

接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限ります。

接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）