

第1号様式（第5条関係）

（表面）

子宮頸がん予防ワクチン接種助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）津市長

住 所
申請者 氏 名 ⑩
電 話
続 柄

子宮頸がん予防ワクチン接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、申請内容について、本市が保有する個人情報を見直し、及び調査すること並びに医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請額	円		
被接種者氏名		生年月日	年 月 日
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価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン		
接種医療機関	名 称		
	住 所		
	電 話		
※ 複数の医療機関で接種した場合は、下記に名称・住所・電話を記載してください。			

※ 申請者が氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

(裏面)

振込先口座	銀行 農協 信用金庫	本・支店 出張所	普通・当座
	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄に申請者の記名（署名）押印が必要となります。

私は、上記の口座名義人に子宮頸がん予防ワクチン接種助成金の受取を委任します。

年 月 日 申請者氏名

印

【確認事項】

次の確認事項について、を入れてください。

令和4年4月1日以降に、17歳以上の子宮頸がん予防ワクチン定期接種（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下記にご記載ください。 接種回数 _____ 回 自治体名 _____ 市・町・村	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
本申請分の子宮頸がん予防ワクチン接種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

【誓約・同意事項】

次の同意事項について、を入れてください。

- 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関し、本市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。
- 本市において交付決定をした後は、この申請書を任意接種費用の請求書として取扱うことに同意します。
- この助成金の交付後に、交付要件に該当しないことが判明した場合は、交付済みの助成金を返還することに同意します。