

年 月 日

糸魚川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請書

糸魚川市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

※申請できるのは、接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

糸魚川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成要綱第5条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

なお、市職員が住民基本台帳等の調査を公簿等により行うこと及びこの申請内容について、医療機関等へ照会することに同意します。

フリガナ			申請者 との続柄	
氏 名				
生年月日	平成 年 月 日生			
住 所 ※令和4年4 月1日時点	〒 糸魚川市			
ワクチン の種類	<input type="checkbox"/> サーバリックス（組換え沈降2価） <input type="checkbox"/> ガーダシル（組換え沈降4価）			
接種回数	接種年月日 (申請分のみ記載)	接種医療機関 (申請分のみ記載)	申請額 (申請分のみ記載)	
1回目	年 月 日		円	
2回目	年 月 日		円	
3回目	年 月 日		円	
振込先 (申請者 のもの)	銀行・信組 金庫・農協		本店 支店	種別 普通・当座
	口座 番号		フリガナ	
			口座 名義人	

【添付書類】

- ・接種費用の支払いを証明できる書類（領収書及び明細書、支払い証明書等） ※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、予防接種済証等）