

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

西条市長 殿

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ (印)
(被接種者との続柄 _____)

電話番号 _____

西条市子宮頸がん予防ワクチン任意接種償還払い申請書

西条市子宮頸がん予防ワクチン任意接種償還払いに関する要綱第4条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて、申請します。

記

被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	
	氏 名		
	生年月日		
	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	〒

注 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。

予 防 接 種 明 細		接種日	償還払い申請額
	1回目	年 月 日	円
	2回目	年 月 日	円
	3回目	年 月 日	円
	合計		

注 償還払い申請額は、実際に要した費用の額（組換え沈降9価HPVワクチンにあつては、16,846円を限度とします。）とします。ただし、接種費用の支払いを証明する書類がない場合は、16,846円とします。

【誓約・同意事項】 同意、該当する項目に☑を入れてください。

	チェック欄
この申請に係る住民基本台帳（申請者と非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、西条市が必要と認めるときは、調査を行うことに同意します。	<input type="checkbox"/>
償還払いを受けようとする接種回数分について、キャッチアップ接種を受けていません。	<input type="checkbox"/>
本申請分子宮頸がん予防ワクチン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ていません。	<input type="checkbox"/>
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問合せを行いました。	<input type="checkbox"/>

添付書類

- (1) 接種費用の支払を証明する書類（領収書、明細書、支払証明書等）
- (2) 予防接種を受けたことが確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済の記載がある予診票等（写し）