

第1号様式（第4条関係）

年 月 日

多摩市長 殿

多摩市子宮頸がんワクチン任意接種費用助成金交付申請書兼請求書

多摩市子宮頸がんワクチン任意接種費用助成金の交付を受けたいので、多摩市子宮頸がんワクチン任意接種費用助成金交付要綱第4条の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、この申請の内容について、多摩市長が住民基本台帳を確認し、及び官公署、医療機関その他の関係機関に対し、資料の提供を求め、又は事実の確認若しくは聴取を行うことに同意します。

|                |      |   |               |
|----------------|------|---|---------------|
| 申請者<br>(助成対象者) | フリガナ |   | 任意接種を受けた者との関係 |
|                | 氏名   | ㊦ |               |
|                | 現住所  | 〒 |               |
|                | 電話番号 |   |               |

※ 申請者（助成対象者）は、任意接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

|           |               |                                  |      |          |
|-----------|---------------|----------------------------------|------|----------|
| 任意接種を受けた者 | フリガナ          | <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。 | 〒    |          |

また、助成金の交付の決定を受けた場合は、当該決定の日助成金を請求するので、次の口座に振り込むよう依頼します。（指定口座は、申請者を口座名義人とすることを原則とします）

|   |   |
|---|---|
| 助成金請求額  | 円 |
| ※ ただし、上記に記載した請求額と助成金の交付の決定により確定した額が異なる場合は、当該確定した額をもって請求額とします。 |   |

【申請者以外の口座へ振込みを希望する場合のみ記入】 振込口座名義人との関係： \_\_\_\_\_

※ 口座名義人は、申請者と住民票上同一世帯の家族に限ります。

| 金融機関名<br>※ゆうちょ銀行は下欄に記入 | コード             |  |  |  | コード       |  |  |  | 口座番号 | 1 普通 |  | 2 当座 |  |
|------------------------|-----------------|--|--|--|-----------|--|--|--|------|------|--|------|--|
|                        | 銀行・信用金庫・信用組合・農協 |  |  |  | 本店・支店・出張所 |  |  |  |      |      |  |      |  |
| フリガナ                   |                 |  |  |  |           |  |  |  |      |      |  |      |  |
| 口座名義人                  |                 |  |  |  |           |  |  |  |      |      |  |      |  |

| ゆうちょ銀行 | 記号 |  |  |  |  | — | 番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|----|--|--|--|--|---|----|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ   |    |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人  |    |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |  |  |

※ 金融機関（ゆうちょ銀行以外）又はゆうちょ銀行のいずれか一方を記入してください。

|   |                               |  |   |   |                   |           |
|---|-------------------------------|--|---|---|-------------------|-----------|
| 接種概要  | 被接種者氏名                        |  |   |   |                   |           |
|   | 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 |   |                   |           |
|   | 接種を受けた日<br>(申請分の接種のみ記載)       |  | 1回目                                     | 年 | 月                 | 日 ( 歳 か月) |
|   |                               |  | 2回目                                     | 年 | 月                 | 日 ( 歳 か月) |
|   |                               |  | 3回目                                     | 年 | 月                 | 日 ( 歳 か月) |
|   | 助成金申請額及び請求額<br>(申請分の接種費用のみ記載) |  | 1回目                                     | 円 | 事務<br>処<br>理<br>欄 |           |
|   |                               |  | 2回目                                     | 円 |                   |           |
|   |                               |  | 3回目                                     | 円 |                   |           |
|   |                               |  | 合計額                                     | 円 |                   |           |
| 接種医療機関                                      | 名称                            |  |   |   |                   |           |
|   | 所在地                           |  |   |   |                   |           |
|   | 電話番号                          |  |   |   |                   |           |
| ※ 複数の医療機関で接種した場合は、下記に名称、所在地及び電話番号を記載してください。 |                               |  |   |   |                   |           |

【同意及び確認事項】※ 該当する項目に☑を記入してください。

|   |  |
|---|--|
| 上記に記載した助成金交付申請額及び請求額と助成金の交付決定を受けた額が異なる場合は、交付決定を受けた額をもって請求額とすることに同意しますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ       |
| 令和4年4月1日以後に子宮頸がんワクチンの接種を受けましたか。受けた場合は、接種回数と接種を受けた市区町村名を右記に記載してください。     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>回・ |
| 子宮頸がんワクチンの任意接種費用について他の市区町村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       |

【添付書類】※ 添付する書類及び項目に☑を記入してください。

- 母子健康手帳、予防接種済証、接種済みの記載がある予診票その他の任意接種に係る接種記録を確認できる書類の写し又は多摩市子宮頸がんワクチン任意接種費用助成金交付申請用証明書
- 申請者本人を確認できる書類（母子健康手帳（出生届出済証明頁）、健康保険証、運転免許証等）の写し
- 預金通帳の写しその他の助成金の振込先口座を確認できる書類
- ※ 領収書等を添付できる場合は、下記①に☑と括弧にその接種回数分を記入し、又は紛失等により添付できない領収書等がある場合は、②に☑を記入してください。
- ①領収書その他の接種費用を支払った事実及びその額を証明する書類（接種 回数）
- ②領収書等を添付できないことを申し出ます。
- ※ 申請者（助成対象者）と被接種者が異なる場合、必要書類が不足している場合等に、追加書類の提出を求めることがあります。