

様式第1（第4条、第10条関係）

岩倉市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書兼請求書

年 月 日

岩倉市長 殿

申請者 住所
氏名
電話番号
接種を受けた者との続柄（ ）

次のとおり関係書類を添えて申請します。

被 接 種 者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
	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 (申請分のみを記載)	1回目	年	月	日
		2回目	年	月	日
		3回目	年	月	日
申請金額 (申請分のみを記載)	1回目	円(上限額)	合計	円 ※予防接種費用と上限額を 比較して少ない額を記入	
	2回目	円(上限額)			
	3回目	円(上限額)			
接種医療機関	名称				
	住所				
	電話番号				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載					

※上限額については、償還払いの申請日の属する年度における岩倉市と一般社団法人岩倉市医師会が締結する個別予防接種の委託契約に定める額

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 信用金庫 農協	本店 支店 支所
	口座番号		普通 ・ 当座
	フリガナ		
	口座名義人		
依頼人（申請者）氏名			

申請者氏名と異なる名義人の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

委任状
私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。
年 月 日
申請者氏名

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と接種者が異なる場合は、それぞれの登録事項）及び医療機関等における情報について、岩倉市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
岩倉市において支給決定をした後は、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か。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
キャッチアップ接種を受けましたか。はいの場合は、接種回数と接種を受けた自治体名を記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・_____
本申請分のヒトパピローマウイルス感染症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
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い合わせを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 被接種者（申請者と被接種者が異なる場合は、申請者及び被接種者）の氏名、住所等が確認できる書類の写し※申請時の住所が記載された住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれか一つ
 - 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）※原本に限る。
 - 接種記録を確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄等）の写し
- ※申請者と被接種者が異なる場合や必要書類が不足している場合に、追加の書類を求めることがあります。

様式第2（第4条関係）

岩倉市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請用証明書

年 月 日

岩倉市長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

上記の者がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種したことを証明します。

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	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年		
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年		
月 日			
3回目	ロット番号	接種量	
接種年月日		0.5 mL	
年			
月 日			

実施場所：

医師名：

医師の署名又は記名押印：

様式第3（第6条関係）

岩倉市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用支給決定通知書

第 号
年 月 日

様

岩倉市長

年 月 日付けで申請のあった任意接種費用について、次のとおり支給することに決定したので、岩倉市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い要綱第6条の規定により通知します。

記

支給決定額 円

様式第4（第6条関係）

岩倉市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用不支給決定通知書

第 号
年 月 日

様

岩倉市長

年 月 日付けで申請のあった任意接種費用について、次のとおり支給しないことと決定したので、岩倉市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い要綱第6条の規定により通知します。

記

（不支給とした理由）