

記入例

別記

第1号様式（第4条、第6条）

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

日付は記入しないでください

年 月 日

(あて先) 印西市長

住所 印西市大森〇〇〇〇—〇

申請者 氏名 印西 花子



(被接種者との続柄 母)

電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※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。

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を受けたいので、申請します。償還払いを行うことの決定のための調査又は過去に決定した償還払いに係る調査のために特に必要認めるときは、官公署その他の関係機関に対し、必要な資料の提出を求め、又は事実の確認若しくは聴取を行うことに同意します。

フリガナ	インザイ サクラ	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
被接種者氏名 (被接種者本人)	印西 さくら	(年齢)	(〇〇歳)	
令和4年4月1日時点 の住所	印西市大森〇〇〇〇—〇			
現住所	印西市大森〇〇〇〇—〇 (上記住所と同じ場合は、同上と記入でも可)			
電話番号	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン <input checked="" 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 及び申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	年 月 日	円	合計 30,000円
	2回目	令和〇年〇〇月〇〇日	15,000円	
	3回目	令和〇年〇〇月〇〇日	15,000円	
接種医療機関	名称	いんざい病院、木下医院		
	住所	印西市大森〇〇〇〇、木下△—△—△		
	TEL	0476-〇〇-〇〇〇〇、0476-△△-△△△△		

接種医療機関が複数の場合は続けてご記入ください。

金額がわからない場合は記入しないでください

裏面も記載してください

振 込 先 金 融 機 関	金融機関名	印 西 銀 行 信用金庫 大 森 組 合 協 農 協								本店 支店 支所
	種 別	普通 当座	口座番号	○	○	○	○	○	○	○
	フリガナ	インザイハナコ								
	名義人	印 西 花 子								
請求金額		<div style="background-color: gray; width: 150px; height: 15px; display: inline-block;"></div> 円								

金額は記入しないでください