

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

年 月 日

(あて先) 印西市長

住 所
 申請者 氏 名 ㊟
 (被接種者との続柄)
 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。

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		生年月日	年 月 日
被接種者氏名		(年齢)	(歳)
令和4年4月1日時点 の住所	印西市		
現住所			
電話番号	()		
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 及び申請金額 (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
			合計 円
接種医療機関	名称		
	住所		
	TEL		

裏面も記載してください

振 込 先 金 融 機 関	金融機関名	銀 行 本店 信 用 金 庫 支店 組 合 協 支所 農 協								
	種 別	普通・当座	口座番号							
	フリガナ									
	名義人									
請求金額		円								