

古賀市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用補助金  
 交付申請書兼実績報告書（兼請求書）

令和 年 月 日

（宛先）古賀市長

古賀市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請し、補助事業の実績を報告します。なお、交付決定後は、本申請書をもって古賀市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用補助金を請求するものとします。

申請者	フリガナ		被接種者との 続柄	<input type="checkbox"/> 本人
	氏名			<input type="checkbox"/> 保護者
	現住所	〒		
	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。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		生年月日	年 月 日	
	氏名					
	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 (申請分のみ記載)	1回目	円	合計	円	
		2回目	円			
3回目		円				
接種医療 機関	名称					
	住所					
	TEL					
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載						

振込先	金融機関名	銀行 信用組合 信用金庫 農協								本店 支店 支所 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号								
	フリガナ										
	口座名義人										
関係書類	<p>(1)第2条第4号の実費を払った事実、その額及び接種回数を証明できる書類の原本（領収書、支払証明書等）</p> <p>(2)補助対象者の接種記録が確認できる母子手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し</p> <p>(3)被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請時住所記載の住民票、運転免許証等）</p> <p>※申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの</p> <p>※申請者と被接種者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。</p>										

【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（申請者と被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、古賀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。	☐はい ☐いいえ
キャッチアップ接種を受けましたか。はいの場合、接種回数と接種を受けた自治体名を右記にご記載ください。	☐はい ☐いいえ _____回・_____
本申請分のヒトパピローマウイルス感染症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。	☐はい ☐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。	☐はい ☐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。	☐はい ☐いいえ