

様式第1号（第4条関係）

入間市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和4年9月10日

（宛先）入間市長

申請者 住 所 入間市上藤沢730-1  
氏 名 入間 花子  
電話番号 123-4567-8910

次のとおり予防接種を受けましたので、入間市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金交付要領第4条の規定により、申請し、及び請求します。

被接種者	現住所	入間市上藤沢730-1	
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	
	フリガナ	イルマ ハナコ	
	氏名	入間 花子	
	生年月日	平成16年 1月 1日	
ワクチンの種類	<input checked="" type="checkbox"/> サーバリックス（2価）	<input type="checkbox"/> ガーダシル（4価）	
接種年月日及び費用 （申請分のみ記載）※	令和3年 4月 1日	15,000円	
	令和3年 5月 2日	15,000円	
	令和3年10月 3日	15,000円	
申請金額	合計	45,000円	
領収書がない場合は次の欄にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 領収書がないため、本申請書兼請求書には、領収書を添付しません。 （領収書がない接種回の助成金は15,000円を上限とします。）			
接種医療機関	名称	〇〇クリニック	
	住所	入間市豊岡1-16-1	
	電話番号	04-2963-1111	
複数の医療機関で接種した場合には、この欄に医療機関の詳細を記入してください。			

【同意事項】

市長がこの助成金の交付に必要な事項を公簿等により確認し、及び予防接種を行った医療機関に照会することについて同意します。

令和4年 9月10日

申請者氏名 入間 花子 被接種者氏名 入間 花子

振 込 先	金融機関名	入間 銀行・信用金庫 本店 農業協同組合	
	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 1234567
	フリガナ	イルマ ハナコ	
	口座名義	入間 花子	

申請者と異なる名義人の口座に振り込みを希望する場合には、ご記入ください。

私は、上記口座名義人に、入間市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金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

提出書類

- (1) 接種費用の支払額を証明する書類（領収書、明細書、支払証明書等）
- (2) 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳の予防接種の記録欄の写し、接種証明書等）
- (3) 同意事項への同意をしない場合は、申請者及び被接種者の氏名、住所、生年月日がわかる書類の写し