

鹿島市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費の償還払い申請書兼請求書

年 月 日

鹿島市長 様

住所
申請者 氏名 印
電話
被接種者との関係

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種を受けましたので、鹿島市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費の償還払い実施要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり償還払いを申請します。なお、この申請内容に係る審査のため、公簿との照合及び医療機関への確認について同意します。

記

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			
	回数	予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載)	接種医療機関名	自己負担額	助成金額
	1回目	年 月 日		円	円
2回目	年 月 日		円	円	
3回目	年 月 日		円	円	
合計			円	円	

次の口座への振り込みを依頼します。

金融機関名	銀行 金庫 組合	本店 支店 支所 出張所	口座番号	
			フリガナ 口座名義人	

(申請者と口座名義人が違う場合は記入してください。)

鹿島市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費の償還払い受領に関する権限を上記の口座名義人に委任します。

印

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

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ない。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	--

