

記入例(18歳未満)

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金支給申請書

● 年 ● 月 ● 日

安城市長

助成金の支給について、次のとおり関係書類を添えて申請します。また、私（及び被接種者）は、この申請に係る被接種者の住民基本台帳及び医療機関等における情報について、市長が調査を行うことに同意します。

| | | | | |
|-----|------|-------------------|----------|---|
| 申請者 | フリガナ | アンジョウ モモコ | 被接種者との続柄 | 母 |
| | 氏名 | 安城 桃子 | | |
| | 現住所 | 安城市桜町●番地 | | |
| | 電話番号 | ●●● - ●●●● - ●●●● | | |

※申請者は、被接種者又はその保護者（被接種者が未成年の場合）に限ります。

| | | | | | |
|--|------------------|---|------------|----|----------|
| 被接種者 | フリガナ | | アンジョウ サクラコ | 生年 | 平成 |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 安城 桜子 | 月日 | ●年 ●月 ●日 |
| | 現住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ | 〒 | | |
| | 令和4年4月1日時点の住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ | 〒 | | |
| | ワクチンの種類 | <input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス） | | | |
| 接種医療 | 名称 住所 電話番号 | <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル） | | | |
| | | 1回目 | 年 | 月 | 日 |
| | | 2回目 | ▲年 ▲月 ▲日 | | |
| | | 3回目 | ■年 ■月 ■日 | | |
| 申請金額 | (申請分のみ記入) | 1回目 | 円 | 合計 | 30.000 円 |
| | | 2回目 | 15.000 円 | | |
| | | 3回目 | 15.000 円 | | |
| ※複数の医療機関で接種した場合の上記以外の医療機関の名称、住所及び電話番号を記入 | | | | | |

※この欄の訂正は、
できません。

【記入にあたっての注意事項】

消せるペン及び修正液の使用はできません。訂正箇所は、二重線を引いてください。

※ただし、金額については、訂正が認められません。

間違えた場合は、新たな用紙に書き直しをお願いします。

【確認事項】

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助成を受けたことがありますか。

はい いいえ

【添付書類】

接種費用の支払を証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）の写し

接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄等）の写し

※申請者と被接種者が異なる場合等は、追加の書類を求めることがあります。

《問い合わせ・申請書提出先》 安城市保健センター（予防接種担当）
〒446-0045 安城市横山町下毛賀知106番地1
電話：0566-76-1133

<事務処理欄> 受付者：