

生駒市 HPV ワクチン任意接種費用補助金交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 生駒市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		被接種者との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請できるのは、接種を受けた本人、また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	平成	年
	氏名		月日	月	日
	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"/> 申請者と同じ	〒 生駒市		
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン（シルガード）			
予防接種を受けた年月日	1回目	年	月	日	
※申請分のみ記載	2回目	年	月	日	
	3回目	年	月	日	

【誓約・同意事項】 ※確認後を入れてください。

1	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等、生駒市が必要と認める時は調査を行うことに同意します。	<input type="checkbox"/> はい
2	この申請書を、生駒市において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取り扱うことに同意します。	<input type="checkbox"/> はい
3	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ご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ 回数：_____回 自治体：_____
4	本申請分の HPV ワクチン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はありません。	<input type="checkbox"/> はい
5	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。	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> 該当なし
6	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。	<input type="checkbox"/> はい

【提出書類】

- ① 生駒市 HPV ワクチン任意接種費用補助金交付申請書
- ② 生駒市 HPV ワクチン任意接種費用補助金交付請求書
- ③ 被接種者氏名、接種日、接種ワクチンの種類、接種医療機関が証明できるもの
(母子健康手帳の予防接種欄と表紙又は出生証明欄のコピー、予防接種済証、接種済みの記載がある予診票等)
- ④ 振込先口座の通帳又はキャッシュカードのコピー (※口座番号、名義人の確認のため)

※③の書類を添付することが出来ない場合のみ提出

- ⑤ 生駒市 HPV ワクチン任意接種費用補助金交付申請用証明書

<p>申請先（問い合わせ先）</p> <p>〒630-0258</p> <p>奈良県生駒市東新町1番3号 セラビーいこま内</p> <p>生駒市 健康課</p> <p>TEL : 0743-75-2255 FAX : 0743-75-1031</p>
