

様式第1号（第4条関係）

斑鳩町ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

斑鳩町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

※氏名欄について、自署によらない記名のみ場合は、  
本人確認書類の提示又は提出等が必要となります。

斑鳩町ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付要綱第4条の規定に基づき、必要書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

|                                 |                          |   |      |          |   |
|---------------------------------|--------------------------|---|------|----------|---|
| 被接種者                            | フリガナ                     |   | 生年月日 | 平成 年 月 日 |   |
|                                 | 氏名                       |   |      |          |   |
|                                 | 現住所                      |   |      |          |   |
|                                 | 令和4年4月1日時点の住所            | 奈良県生駒郡斑鳩町                               |      |          |   |
|                                 | 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<br>(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<br>(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 |                          |   |      |          |   |

斑鳩町ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金を下記の口座へ振り込んでください。

|      |                            |           |      |              |
|------|----------------------------|-----------|------|--------------|
| 口座番号 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合 | 本店<br>支店  | 預金種別 | 普通預金<br>当座預金 |
|      |                            |           | フリガナ |              |
|      |                            | 口座<br>名義人 |      |              |

【必要書類】

- ・ヒトパピローマウイルス感染症予防接種を受けその費用を支払ったことを証する領収書
- ・母子健康手帳の予防接種記録欄の写し、ヒトパピローマウイルス感染症予防接種の接種済証の写し又はヒトパピローマウイルス感染症予防接種の接種済みの記載がある予診票等の写し

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

|   |   |
|---|---|
| <p>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斑鳩町が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。</p> | <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>             |
| <p>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。</p>                                 | <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ<br/>回・_____</p> |
| <p>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ありますか。</p>                          | <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>             |
| <p>申請内容に偽りがあった場合や相違があり助成要件に該当しなかった場合には、交付した助成金の全部又は一部を返還することに同意しますか。</p>                  | <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>             |

斑鳩町ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金申請用証明書

令和 年 月 日

斑鳩町長 様

医療機関の名称及び所在地

代表者名

※代表者名欄について、自署によらない又は押印がなされていない記名のみ  
の場合は、本人確認書類の提示又は提出等が必要となります。

下記の者が、ヒトパピローマウイルス感染症予防接種を受けたことを証明します。

記

|             |   |        |          |      |
|-------------|---|--------|----------|------|
| フリガナ        |   | 生年月日   | 平成 年 月 日 |      |
| 氏名          |   |        |          |      |
| 住所          |   |        |          |      |
| 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 | 1回目                                     | ロット番号  | 接種量      | 領収金額 |
|             | 接種年月日                                   |        | 0.5 mL   | 円    |
|             | 年                                       |        |          |      |
|             | 月 日                                     |        |          |      |
|             | 2回目                                     | ロット番号  | 接種量      | 領収金額 |
|             | 接種年月日                                   |        | 0.5 mL   | 円    |
| 年           |   |        |          |      |
| 月 日         |   |        |          |      |
| 3回目         | ロット番号                                   | 接種量    | 領収金額     |      |
| 接種年月日       |   | 0.5 mL | 円        |      |
| 年           |   |        |          |      |
| 月 日         |   |        |          |      |