

第1号様式（第4条関係）

知多市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種交付金交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

知多市長 様

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	チ タ ウ メ コ	接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	知多梅子		
	現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 申請日時点の現住所を記入		
	電話番号	日中につながる電話番号を記入		

※申請者は接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者	生年月日	平成〇年〇月〇日	
	氏名	と同じ			
	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 type="checkbox"/> 現住所 と同じ	〒478-0017 知多市新知字永井2番地の1		
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン <input checked="" 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（申請分のみ記載）	1回目	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日		
		2回目	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日		
		3回目	年 月 日		
申請金額（申請分のみ記載）	1回目	不明	合計	※全ての金額が分かっている場合のみ記載 円	
	2回目	15,000			
	3回目	円			

接種医療機関	名称	〇〇〇〇クリニック
	住所	〇〇市〇〇〇丁目〇〇番地
	電話	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
医療機関	※複数の医療機関で接種した場合、名称、住所及び電話番号を記載 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 字 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 番地 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
添付書類	接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等） ※原本に限ります。 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」欄の写し等）	

（確認事項）

- 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、知多市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。
- 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御記載ください。 **はい**（ 1回、〇〇市 ） いいえ
- 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交付を受けたことはありません。

令和〇〇年〇〇月〇〇日 自署 申請者氏名 知多梅子