様式第３号(第７条関係)

定期予防接種（ヒトパピローマウイルスワクチンのキャッチアップ接種分）

費用助成申請書

年　　月　　日

　富谷市長　あて

申請者：

（被接種者との続柄：　　　　　　）

　住所：

　電話：

　関係書類を添えて下記のとおり定期予防接種（ヒトパピローマウイルスワクチンのキャッチアップ接種分）費用の助成を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　接種に直接要した費用。金　　　　　　　　　円　　　　ただし、市が実施する予防接種の契約医療機関での当該年度の接種料金を上限とする。 |
| ＊金額の確認のために必要な場合は、医療機関に対し検査内容等を照会することについて同意します。 |
| 太枠内のみご記入ください | 接　種　日 | ヒトパピローマウイルスワクチンの種類 | A　医療機関への支払額(領収書の金額) | B富谷市の接種料金 | A・Bのどちらか低い方(助成金額) |
| 年　月　日 | １回目（２価・４価） | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ２回目（２価・４価） | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ３回目（２価・４価） | 円 | 円 | 円 |
|  | **助成金額(合計)** | 円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行金庫農協 | 本店支店出張所 | 預金種別 | 普通当座 |  |
| (フリガナ)口座名義人 | 　 | 口座番号 | 　 |
| 申請受理年月日 | 年　　月　　日 | 承認・不承認決定年月日 | 年　　月　　日 |

１　次に掲げる書類を添付してください。

⑴接種した医療機関から発行された領収書及び医療明細書の原本

⑵母子健康手帳や予防接種済証など（当該予防接種の記録が記載されているもの）の写し

⑶口座名義・口座番号を確認できる振込先金融機関預金通帳等の写し

２　申請できるのは接種を受ける本人、配偶者又はその保護者に限ります。

３　振込先の口座名義人は申請者名としてください。