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。