

様式第1号（第4条関係）

（表）

八潮市HPVワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）八潮市長

八潮市HPVワクチン接種費用助成金交付要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

なお、助成要件の確認のために、市が保有する個人情報を読覧し、及び調査すること並びに医療機関に問い合わせることに同意します。

|               |                     |                              |          |   |   |   |
|---------------|---------------------|------------------------------|----------|---|---|---|
| 申請者<br>(被接種者) | ふりがな                |                              | 生年<br>月日 | 年 | 月 | 日 |
|               | 氏名                  | Ⓜ                            |          |   |   |   |
|               | 住所                  | 〒                            |          |   |   |   |
|               | 令和4年4月1日<br>時点の住所   | 〒                            |          |   |   |   |
|               | 電話番号                | 【自宅・携帯】 — — *日中連絡のとれる電話番号を記入 |          |   |   |   |
| 申請額           | 円（裏面の合計額を記入してください。） |                              |          |   |   |   |

|                |                                |             |  |  |  |  |
|----------------|--------------------------------|-------------|--|--|--|--|
| 申請書兼請求書<br>提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 |             | <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入） |  |  |  |
| ふりがな           |                                | 申請者との<br>続柄 |  |  |  |  |
| 氏名             |                                |             |  |  |  |  |
| 住所             | 〒                              |             |  |  |  |  |
| 電話番号           | 【自宅・携帯】 — — *日中連絡のとれる電話番号を記入   |             |  |  |  |  |

助成金の振込先

|       |                  |        |          |       |       |       |
|-------|------------------|--------|----------|-------|-------|-------|
| 金融機関名 | 銀行<br>農協<br>信用金庫 |        | 本店<br>支店 |       |       |       |
| 口座種別  | 1 普通預金           | 2 当座預金 | 口座番号     | ..... | ..... | ..... |
| フリガナ  |                  |        |          |       |       |       |
| 口座名義人 |                  |        |          |       |       |       |

申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は、下記に記入をお願いします。

|                                    |         |
|------------------------------------|---------|
| ※委任状                               |         |
| 私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。 |         |
| 年 月 日                              | 申請者氏名 Ⓜ |

(裏)

助成対象予防接種実施の内訳（申請分のみ記載）

1. ワクチンの種類

2 価       4 価

2. 接種履歴

| 接種医療機関 |     | 接種日   | 自己負担額 |
|--------|-----|-------|-------|
| 1 回目   | 名称  | 年 月 日 | 円     |
|        | 住所  |       |       |
|        | TEL |       |       |
| 2 回目   | 名称  | 年 月 日 | 円     |
|        | 住所  |       |       |
|        | TEL |       |       |
| 3 回目   | 名称  | 年 月 日 | 円     |
|        | 住所  |       |       |
|        | TEL |       |       |
| 合 計    |     |       | 円     |