

第1号様式（第4条関係）

富士市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書

年 月 日

(宛先) 富士市長

〒

住 所 (申請日の住所を記入)

申請者 氏 名

電話番号

(被接種者が18歳未満の場合は保護者申請)

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

被接種者	氏 名	フリガナ	生年 月 日	年 月 日 (年齢 歳)	
	令和4年4月1日時点の 住 所	富士市 (令和4年4月1日時点の富士市の住所を記入)			
ワクチンの種類 (接種したワクチンにレ点)		<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン (サーバリックス) <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン (ガーダシル) <input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン (シルガード9)			
接種年月日	医療機関名	医療機関 所在地	接種費用① (支払った金額)	補助上限額②	申請金額 (①と②で少ない金額)
年 月 日			(領収書金額) 円	17,464 円	(①と②で少ない金額) 円
年 月 日			不明 円	15,000 円	15,000 円
年 月 日			円	円	円
補助申請合計額			合計金額を記入 円		
金融機関名		銀行・信用金庫 農協・信用組合			本店・支店 支所・出張所
口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号			
口座名義人	フリガナ				

領収書等がある方の補助
上限額は1回「17,464円」、
ない方は1回「15,000円」
です。領収書等を紛失し、接種費
用がわからない場合は、接
種費用①は「不明」、補助
上限額②は「15,000円」
と記入してください。

※申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入してください。

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 _____

市長が、この申請の内容について住民基本台帳その他の公簿等の調査を行うこと及び医療機関等へ照会することについて同意します。

申請者氏名 _____
(氏名を自書しない場合は、記名押印すること)