

年 月 日

田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請兼実績報告書

田川市長 殿

申請者

住所

氏名

電話番号 ( )

田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成要綱第5条第1項の規定により、償還払い（ヒトパピローマウイルスワクチン感染症予防接種費用助成金の交付）を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

ワクチン接種 を受けた者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	平成 年 月 日
	申請者との続柄	本人 保護者（いずれかに○）

予防接種の種類 (□にレを記載)	回数	接種年月日	接種医療機関	申請金額 (申請分のみ記載)
□組換え沈降2価 HPVワクチン (サーバリックス)	1回目	年 月 日		円
	2回目	年 月 日		円
	3回目	年 月 日		円
□組換え沈降4価 HPVワクチン (ガーダシル)	1回目	年 月 日		円
	2回目	年 月 日		円
	3回目	年 月 日		円
			合計	

※ 裏面も記入してください。

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

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、市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
キャッチアップ接種を受けましたか。「はい」の場合は、接種回数と接種を受けた自治体名を右記に記載してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・
本申請分の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助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
提出に必要な書類を紛失している方は、接種医療機関に再発行等の可否について問合せを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合又は相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【職員チェック欄】 ※確認者は各項目の“□”に☑を記入

- 平成25年6月14日から令和4年3月31日まで間に、日本国内の医療機関で定期接種によらずHPVワクチンを接種し、実費を負担した際の領収書
- 償還払いを受けようとする者の接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し
- 前記(1)及び(2)が提出できない場合は、田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請用証明書（様式第2号）を代替の書類として添付
- 田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金請求書（様式第3号）
- 被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し  
 ※ 申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの  
 ※ 申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）等、いずれかひとつ  
 [確認書類：□住民票、□運転免許証、□健康保険証、□その他（ ）]
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）
- 償還払いの上限額及び回数 ※請求における実費と下表の金額のいずれか少ない額

<input checked="" type="checkbox"/>	接種日が属する年度	基準単価（円）	上限助成回数
<input type="checkbox"/>	平成25年度	15,900	□最大3回まで
<input type="checkbox"/>	平成26年度から平成28年度まで	16,000	
<input type="checkbox"/>	平成29年度及び平成30年度	16,100	
<input type="checkbox"/>	令和元年度	16,380	
<input type="checkbox"/>	令和2年度	16,500	
<input type="checkbox"/>	令和3年度及び令和4年度	16,600	