

様式第1号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

伊方町長 様

申請者住所  
氏 名  
電 話 番 号  
被接種者との続柄

次のとおりヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種を受けましたので、助成金の交付を申請します。

被接種者名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日
現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
令和4年4月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン			
予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	年	月	日
	2回目	年	月	日
	3回目	年	月	日
申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	円	合計	円
	2回目	円		
	3回目	円		
接種医療機関	名称			
	住所			
備考	※複数の医療機関で接種した場合は、この欄に名称・住所を記載してください。			
【同意事項】 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、町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

【提出書類】

- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限ります。
- 接種記録が確認できる書類（接種済証、母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）

# 記入例

様式第1号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書

令和 ○年 ○月 ○日

伊方町長 高門 清彦 様

申請者住所 伊方町○○ ○○番地  
氏名 伊方 太郎  
電話番号 ○○-○○○○  
被接種者との続柄 父

次のとおりヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種を受けましたので、助成金の交付を申請します。

被接種者名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	伊方 みさき	生年月日	HO年○月○日
現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
ワクチンの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン			
予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	令和○年 ○月 ○日		
	2回目	令和○年 ○月 ○日		
	3回目	令和○年 ○月 ○日		
申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	10,000円	合計	30,000円
	2回目	10,000円		
	3回目	10,000円		
接種医療機関	名称	○○病院		
	住所	○○県○○市○○ ○○番地		
備考	※複数の医療機関で接種した場合は、この欄に名称・住所を記載してください。			
【同意事項】 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、町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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

## 【提出書類】

- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限ります。
- 接種記録が確認できる書類（接種済証、母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）