

# 記入例

第1号様式（第4条関係）

箱根町子宮頸がんワクチンの任意接種償還払い申請書

箱根町長 様

**4価HPVワクチンを3回自費で接種し  
本人が申請する場合**

令和4年10月10日

次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	ハコネ ハナコ	接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	箱根 花子		
	現住所	〒250-0398 箱根町湯本〇〇〇番地		
	電話番号	080 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 ※固定電話番号でも可		

※申請できるのは接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	平成11年4月2日	
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	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 type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン				
		<input checked="" 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 <small>(申請分のみ記載)</small>	1回目	令和3年5月1日			
		2回目	令和3年7月1日			
		3回目	令和3年11月15日			
	申請金額 <small>(申請分のみ記載)</small>	1回目	16,000円	合計		48,000円
		2回目	16,000円			
		3回目	16,000円			
接種医療機関	名称	箱根さくらクリニック				
	住所	箱根町宮城野〇〇〇-〇				
	電話番号	0460 (〇〇) 〇〇〇〇				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載						

私が受領する任意接種費用について、次の指定口座への振込みを依頼します。

振込先口座	金融機関名	さがみ <span style="margin-left: 100px;">銀行</span> <span style="margin-left: 100px;">本店</span> <span style="margin-left: 100px;">信用金庫</span> <span style="margin-left: 100px;">宮城野</span> <span style="margin-left: 100px;">支店</span> <span style="margin-left: 100px;">農協</span> <span style="margin-left: 100px;"></span> <span style="margin-left: 100px;">支所</span>								
	金融機関コード	1	2	8	8	支店番号	0	0	0	
	預金種別	普通 <span style="margin-left: 50px;">・</span> 当座								
	口座番号	01234567								
	フリガナ	ハコネ ハナコ								
口座名義人	箱根 花子									
申請者氏名										
箱根 花子										

申請者氏名と異なる名義の口座に振込みをご希望される場合、下欄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

【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、箱根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。	☐はい ☐いいえ
この申請書を、箱根町において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取り扱うことに同意しますか。	☐はい ☐いいえ
キャッチアップ接種を受けましたか。はいの場合、接種回数と接種を受けた自治体名を右記にご記載ください。	☐はい ☐いいえ 回・
本申請分の子宮頸がんワクチンの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。	☐はい ☐いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせを行いましたか。	☐はい ☐いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	☐はい ☐いいえ

【提出書類】

- 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）などいずれかひとつ
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカード等のコピー（口座番号等確認用）
- 接種費用の支払を証明する書類（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（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）

※申請者と被接種者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。