

新座市ヒトパピローマウイルス感染症
予防接種費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(申請先) 新座市長

住所
申請者
氏名
電話 ()

以下のとおり任意予防接種を受けたので、関係書類を添えて次のとおり申請(請求)します。
なお、本申請(請求)に当たり、新座市が保有する情報について閲覧又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請金額 金 円

◆ 接種内容

被接種者 (接種をした方)	フリガナ 氏名	
	令和4年4月1日 時点の住所	新座市
	生年月日	平成 年 月 日
実施医療機関	医療機関名: 住所:	
HPV接種内容 ※該当する項目に☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 1回目(接種日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目(接種日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回目(接種日 年 月 日)	

◆ 振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	支店 出張所
口座番号	普通・当座	
フリガナ		
口座名義人		

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記入・押印が必要となります。

私は、上記口座名義人に新座市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費助成金の受取を委任いたします。

令和 年 月 日 氏名 (印)

- ※ この申請書に以下の書類を添付して、保健センターまで提出してください。(郵送可)
- ① 接種の際の領収書及び診療明細書の原本など、接種した予防接種の種類と金額がわかる書類
→添付できない場合は不要です。この場合、市が一律に定める金額を助成します
 - ② 接種済証の写し・母子健康手帳の写しなど、接種を受けたことを証明する書類
→添付できない場合は別紙の交付申請用証明書を接種医療機関に記入してもらい代わりに添付してください

[提出期限]

令和7年3月31日(消印有効)

【新座市保健センター】 〒352-0011 新座市野火止二丁目9番37号 電話番号 048-481-2211