

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