

子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）に係る任意接種償還払い申請書

令和 5年 1月 10日

（あて先）仙台市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

押印願います

申請者	フリガナ	アオバ ハナコ		本人
	氏名	青葉 花子	接種を受けた者との続柄	
	現住所	〒980-8701 仙台市青葉区上杉一丁目5-1		
	電話番号	090-1234-5678		

※1 申請できるのは接種を受けた本人（18歳未満の場合は保護者）又は本人より委任を受けた保護者に限ります。

被接種者	フリガナ			生年月日	平成14年4月30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"/> 現住所と同じ	〒			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）				
		<input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）				
	予防接種を受けた年月日（申請分のみ記載）	1回目	令和3年5月1日		接種日の属する年度の上限額を確認のうえご記入願います	
		2回目	令和3年7月1日			
		3回目	令和3年11月1日			
	申請金額（申請分のみ記載）	回数	医療機関へ支払った実費（実費が証明できない場合は市助成額を記入）※2 【A】	市が定める上限額（実費が証明できない場合は市助成額を記入）※2 【B】	申請額 【AとBのうち少ない額】	
1回目		17,600円	16,800円	16,800円		
2回目		17,600円	16,800円	16,800円		
3回目		17,600円	16,800円	16,800円		
		合計		50,400円		
接種医療機関	名称	仙台市役所クリニック				
	住所	仙台市青葉区国分町三丁目7-1				
	TEL	022-123-4567				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載						

※2 市が定める上限額や市助成額は別表に基づき記入をお願いします。

被接種者（18歳以上の方）と異なる方が本償還払いに係る申請等をされる場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状	
私は、下記受任者に本償還払いに係る申請から受領に至るまでの一切の権限を委任します。	
令和 年 月 日	
委任者（被接種者）氏名	印
受任者（保護者）氏名	印
住所	

被接種者と異なる方が本償還払いに係る申請等をされる場合のみご記入願います

【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、仙台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 checked="" 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、接種回数と接種を受けた自治体名を右記にご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 回・
本申請分の子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）に係る任意接種費用について他の自治体から費用助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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合せを行いましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり助成要件に該当しなかった場合には、助成済みの費用を返還することに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【添付書類】（必要書類が不足している等の場合には、追加の書類を求めることがあります。）

接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し、医療機関が発行する証明書、本市所定の様式第2号等）

接種費用の支払いを証明できる書類（領収書及び明細書、支払証明書等）原本に限ります

※3 原則、返却しませんので、控えが必要な場合はコピー等をお取りいただきますようお願いいたします。

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）※4 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の写し（口座番号等確認用）

※5 申請者と被接種者が異なる場合は、申請者名義の金融機関情報の写しを提出いただきますようお願いいたします。