

様式第1号（第4条関係）

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 年 月 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。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	氏名	印		
	現住所	〒		
	電話番号			

※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	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ		生年 月日	年 月 日	
	氏名					
	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"/> 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 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	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)	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	円	円	円	
		2回目	円	円	円	
		3回目	円	円	円	
				合計	円	
接種 医療機関	名称					
	住所					
	TEL					
※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	

【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。	☐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入ください。	☐はい ☐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。	☐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合せを行いましたか。	☐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。	☐はい ☐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。