

**記入例 本人が申請する場合**

様式第1号（第4条関係）

日付は記入せず空欄のまま提出してください

年 月 日

申請書は訂正印がききませんので、ご注意ください。

ひたちなか市長 殿

ひたちなか市HPVワクチン任意接種費用に係る助成金交付申請書

ひたちなか市HPVワクチン任意接種費用に係る助成金の交付を受けたいので、ひたちなか市HPVワクチン任意接種費用助成要綱第4条の規定により、下記のとおり関係書類を添付して申請します。

申請者	フリガナ	ヒタチナカ ハナコ	接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	<b>ひたちなか はな子</b> <small>(※) 申請者が自署しない場合は、記名押印してください。</small>		
	現住所	〒312-0016 <b>ひたちなか市松戸町1丁目14番1号</b>	日中連絡の取れる番号をご記入ください。	
	電話番号			

※18歳以上の女子については、被接種者本人が申請してください。

※18歳未満の女子については、被接種者本人又はその保護者が申請してください。

被接種者	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年 月 日	忘れず記入 平成 年 月 日
	氏名			
	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	〒	当市に申請される方は、ひたちなか市～始まります。R4.4/1時点で住民登録のある市区町村に申請してください
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			
助成回数及び額	予防接種を受けた年月日 <b>忘れず記入</b>			
	1回目	平成・令和	年	月 日
	2回目	平成・令和	年	月 日
	3回目	平成・令和	年	月 日
助成対象回数及び額				
1回目	<input type="checkbox"/> 対象 16,000円 / <input type="checkbox"/> 対象外	助成対象回数 回		
2回目	<input type="checkbox"/> 対象 16,000円 / <input type="checkbox"/> 対象外	16,000円 × 回分 =		
3回目	<input type="checkbox"/> 対象 16,000円 / <input type="checkbox"/> 対象外	円		
助成金の申請額 円 <small>対象の否かは定期接種期間を過ぎているからです。別紙にてご確認ください。 不明な時は、鉛筆でご記入ください。</small>				

郵便局不可。ゆうちょ銀行はお振込可

ゆうちょ銀行の場合、漢数字3桁  
例) 三一二

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 協	本店 支店 支所
	金融機関コード	金融機関コードが分からなければ未記入でも可	支店番号
	預金種別	当座	
	口座番号	ゆうちょ銀行の場合、7桁	
	フリガナ		
口座名義人			ゆうちょ銀行は、上記漢数字3桁と同じ

申請者氏名と異なる場合は、申請者名義の口座を記入してください。 次の委

申請者名義の口座を記入してください

※委任状

私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

年 年 日

申請者氏名

(※) 申請者が自署しない場合は、記名押印してください。

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

本申請者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、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
定期接種又はキャッシュレス接種を受けた場合、当時の市町村名を必ずご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい（ 回） [ ] <input type="checkbox"/> いいえ
本申請分のHPV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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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、交付済みの助成金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

はいの場合  
申請不可

【提出書類】

□母子健康手帳，予防接種済証，予診票等その他の助成対象者の接種記録を確認することができる書類の写し（助成対象者の氏名，接種年月日，ワクチン種目，LOT番号，接種医療機関名及び接種医の記載があるものに限る。）

※上記書類を提出することができない場合には、ひたちなか市HPVワクチン任意接種費用に係る助成金交付申請用証明書（様式第2号）を提出すること。

□住民票の写し，運転免許証，健康保険証その他の助成対象者の氏名，住所及び生年月日を確認することができる書類の写し

※申請者と被接種者が異なる場合には、双方の上記本人確認書類を添付すること。

□通帳，キャッシュカードその他の振込先口座を確認することができる書類の写し

