

富加町子宮頸がん予防(HPV)ワクチン任意接種費用助成金申請書兼請求書

年 月 日

富加町長様

富加町子宮頸がん予防(HPV)ワクチン任意予防接種費用助成事業実施要綱の規定に基づき、必要書類を添えて申請し、下記の金額を請求します。

なお、金額などの確認のために必要な場合は、医療機関等に対し内容等を照会することについて同意します。

保護者(申請者)	住所	富加町		
	氏名			
	電話番号	-		
対象者	氏名			
	生年月日	平成 年 月 日 (歳)		
接種医療機関名				
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> サーバリックス(2価) <input type="checkbox"/> ガーダシル(4価)			
回数	接種日	接種額	申請額	
1回目	年 月 日	円	円	
2回目	年 月 日	円	円	
3回目	年 月 日	円	円	
合計申請額	金 円	<input type="checkbox"/> 本申請分について、他の自治体から費用助成を受けたことはありません。		
申請受理年月日	年 月 日	可否決定年月日	年 月 日	

【振込先】

金融機関 ※ゆうちょ銀行以外	銀行・農協 信用金庫・信用組合		本店・支店 ・出張所	
	金融機関コード		店舗コード	
種目	普通預金(総合口座) ・ 当座預金 ・ その他			
口座番号				
ゆうちょ銀行の場合	記号		番号	
フリガナ				
口座名義人				
請求額	金 円			

(添付書類)

- ・当該申請に係る予防接種の領収書の写し(宛名、接種日、接種金額、領収書発行者の記載があるもの)
- ・接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証または接種済みの記録がある予診票の写し
- ※接種記録が確認できる書類の添付ができない場合は、申請用証明書(様式第2号)を提出してください。