

郡上市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

被接種者との続柄

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書兼請求書

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種について、当該任意接種の費用に関する助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請及び請求します。なお、この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、郡上市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。また、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、支給済みの費用を返還することに同意します。

記

1. 被接種者

氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	平成 年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
令和4年4月1日の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※郡上市のみが申請の対象		

（申請者と被接種者が異なる場合のみ記入） 委任状

私は、上記申請者にヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請および請求に関する一切の権限を委譲します。

年 月 日

被接種者氏名 _____

2. 助成金交付申請（請求）

申請する予防接種 を受けた年月日・ 申請金額	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日
	申請金額	円	申請金額	円
	3回目	年 月 日	合計 円	
	申請金額	円		

3. 助成金の振込先 ※請求者（申請者）名義の口座とすること

金融機関名：		支店名：
<口座種別> 普通・当座	<口座番号>	<口座名義>ふりがな

4. 添付書類

- 【必須】接種記録が確認できる書類（母子健康手帳の写し等）
- 接種費用の支払およびその金額を証明する書類の原本（領収書、支払い証明書等）