

【助成金交付申請書記入の注意点】

様式第1号（第5条関係）

（表）

HPVワクチン任意接種費用助成金交付申請書				
				年 月 日
筑西市長 様				
<p>助成対象者（被接種者）またはその保護者が申請者となります。</p> <p>（例）例えば、筑西市HPVワクチン任意接種費用助成金交付要項第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。</p>				
申請者	氏名			助成対象者との続柄
	住所			
	電話番号			
助成対象者	フリガナ		生年	年 月 日
	氏名	<p>屋に連絡可能な電話番号をご記入ください。</p> <p>確認事項がある場合は、ご連絡いたします。</p>		
	住所			
	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）			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン（シルガード9）			
予防接種を受けた年月日（申請分のみ）	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）	1回目	円	合計	
	2回目	円		

以下の表を参考にご記入ください。

対象者の状況	助成金額
接種費用の支払いを証明する書類（領収書、明細書、支払証明書等）が提出できる方	接種費用の実費相当額（領収書等に記載の額） ※交通費、宿泊費、書類発行手数料等は対象外。
接種費用の支払いを証明する書類（領収書、明細書、支払証明書等）が提出できない方	平成26年度～令和元年度接種：16,400円/回 令和2年度～令和3年度接種：16,500円/回
9価HPVワクチン（シルガード9）を接種した方	平成26年度～令和元年度接種：16,400円/回 令和2年度～令和3年度接種：16,500円/回

(裏)

振込先 (申請者名義)	金融機関名		支店等名	
	種 類	普通 ・ 当座		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義			
誓約・同意事項	(1) 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、筑西市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。			
	(2) この申請書について、助成金の交付を決定した場合には、助成金の請求書として取り扱うことに同意します。			
	(3) 令和4年4月1日以降にHPVワクチンの接種（キャッチアップ接種）を受けている場合におけるその接種回数と接種を受けた自治体名は、次のとおりです。 (接種回数： 回・自治体名：)			
	(4) 筑西市以外の者が実施する同様の制度による助成等を受けていません。			
	(5) 提出に必要な書類を紛失している場合における接種医療機関への再発行等又はHPVワクチン任意接種証明書（様式第2号）の発行の可否に係る問合せが済んでいます。			
	(6) 申請内容に偽りがあった場合又は事実との相違があり支給要件に該当しなかった場合には、交付された助成金を返還します。			
提出書類	<input type="checkbox"/> 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） ※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）等いずれかひとつ			
<input type="checkbox"/> 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（金融機関名、口座番号、口座名義人（カナ）が分かるもの）				
<input type="checkbox"/> 接種費用の支払いを証明する書類（領収書、明細書、支払証明書等） ※原本に限ります。				
<input type="checkbox"/> HPVワクチンの接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）				
※申請者と被接種者が異なる、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。				