

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

令和 年 月 日

つくば市長 宛て

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

① 申請者	フリガナ		被接種者 との続柄	
	申請者氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請者は、被接種者本人またはその保護者に限ります。

② 被接種者	被接種者について、下記の質問にご回答ください。（すべて「はい」と答えた方が対象です）					
	(1) 令和4年（2022年）4月1日時点にて、つくば市に住民登録がありますか。 （すでにつくば市から転出している方は、令和4年4月1日時点につくば市に住民登録がありましたか。）			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(2) 生年月日は、平成9年（1997年）4月2日から平成17年（2005年）4月1日までの間ですか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(3) 接種日は、高校2年生の年度から令和4年（2022年）3月31日までの間ですか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ		生年 月日	年 月 日	
	被接種者氏名					
	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）		申請金額		償還払決定金額（担当者記入欄）	
1回目			円		円	
2回目			円		円	
3回目			円		円	
	合計		円		円	
接種医 療機関	名称					
	住所					
	TEL					
（備考）※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載						

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

③ 振込 先 口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協			本店 支店 支所		
	預金種別	普通	・	当座	口座番号		
	フリガナ						
	口座名義人						

「①申請者」の氏名と「③振込先口座」の口座名義人が異なる場合は、下欄に記入をお願いいたします。

委任状	
私は、表面に記載した振込先口座名義人に、接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
令和 年 月 日	申請者氏名

裏面へ続きます。必ず確認し、裏面もご記入をお願いします。

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。(1)～(4)の左側すべてに☑が入った方が対象です)

(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、つくば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 type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) この申請書を、つくば市において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取り扱うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 本申請分のヒトパピローマウイルス感染症に係る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"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
(4) 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か。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(5) キャッチアップ接種を受けましたか。 →「はい」の場合、接種を受けた回数と自治体を右記にご記載ください。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	回 ()	
(6) 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い合わせを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

【注意事項】

1. 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、追加の書類を求めることがあります。
2. 記入を誤った場合は、訂正印での訂正は不可となります。新しい用紙に改めてご記入ください。

つくば市確認欄

【提出書類】

1	申請者の本人確認書類の写し 【運転免許証、マイナンバーカード（表面）、旅券等いずれか1つ】 ※窓口で提出する場合は、目視確認のみいたしますので、添付は不要です。
2	被接種者の氏名・申請時住所・生年月日が確認できる書類の写し 【運転免許証、健康保険証（両面）、マイナンバーカード（表面）、申請時住所記載の住民票等いずれか1つ】
3	申請者と被接種者の関係性が確認できる書類の写し 【母子健康手帳（P.1出生届出済証明欄）、戸籍謄本等いずれか1つ】 ※申請者と被接種者が同一又は、申請時に双方がつくば市に住民登録があり同一世帯の場合は、添付不要です。
4	母子健康手帳の「出生届出済証明」欄（P.1）の写し ※接種記録が確認できる書類（5）として、母子健康手帳の「予防接種の記録」欄の写しを添付する方のみ必要です。
5	接種記録が確認できる書類（母子健康手帳の「予防接種の記録」欄等）の写し ※接種記録がお手元ない場合は、「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用証明書（様式第2号）」の原本の提出でも可です。
6	接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払い証明書等）の原本 ※添付必須ではありません。ただし、添付しない場合は償還額が最低基準単価（13,430円）となります。支払い証明書は、接種した医療機関に発行を依頼してください。その際の費用は、自己負担となります。

【確認事項】

- 今までに子宮頸がんワクチンの定期接種及び償還の記録がないこと
- ※定期接種の記録は、健康管理システム→予防接種管理→子宮頸がんワクチンで日付の入力の有無を確認
→日付の入力があり、フラグが市管理外以外の場合は、定期接種で接種済みのため償還不可
 - ※償還払いの記録は、健康管理システム→予防接種管理→子宮頸がんワクチンの特記の入力の有無を確認
→特記の入力がある場合は、すでに償還済みのため償還不可
(桜HCで償還払いの予診票確認が済んだ時点で、特記に入力している)

宛名番号		確認者	健・桜・谷・大 ()		
確定日の確認	年 月 日	受付方法	窓口	・ 郵送	特記入力(桜HC処理用) 済 <input type="checkbox"/>