

様式第1号（第4条関係）

松山市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

（宛先）松山市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。また、申請内容について松山市が保有する個人情報を読覧すること及び予防接種を実施した医療機関に予防接種の情報を照会することに同意します。

申請者	フリガナ		被接種者 との続柄
	氏名		
	現住所	〒	
	電話番号 (日中連絡可能な番号)		

※申請できるのは接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ		生年月日		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	平成 年 月 日		
	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)	
	内訳 (申請分のみ記載)		予防接種を受けた年月日	接種医療機関	申請金額
		1回目	H・R 年 月 日		円
		2回目	H・R 年 月 日		円
	3回目	H・R 年 月 日		円	
申請額合計 (請求額)				円	

振込先 (申請者名義の口座)	金融機関名	銀行 金庫 組合	本店 支店/支所 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑をしてください。

キャッチアップ接種を受けましたか。はいの場合、接種回数と接種を受けた自治体名を右記に記載してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・
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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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
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