

第1号様式（第4条関係）

越谷市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金
交付申請書（報告書）兼請求書

年 月 日

越谷市長 宛

次のとおり、越谷市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金の交付を受けたいので、【誓約・同意事項】に誓約及び同意の上、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第5条第1項の規定により申請するとともに、同規則第18条第2項の規定により請求します。

申請者	フリガナ		接種者との関係	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号			

※ 申請できるのは接種を受けた本人又はその保護者です。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	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"/> 申請者と同じ	〒			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン				
	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	1回目		円	合計	
		2回目		円		
		3回目		円	円	
	接種医療機関	名称				
		住所				
電話番号						
※ 複数の医療機関で接種した場合、下記に当該医療機関の名称・住所・電話番号を記載						

私が受領する越谷市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金について、下記指定口座への振込みを依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協			本店
					支店
	金融機関コード			支店番号	支所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

※ 申請者以外の方の口座名義に振込みを希望される場合、次の委任状に署名押印ください。

委任状	
私は、上記口座名義人に越谷市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金の受領を委任します。	
年	年
日	
申請者氏名	印

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る助成金の交付に当たって必要な範囲内で、越谷市が公簿等により申請者（申請者と被接種者が異なる場合は双方）の情報の確認を行うことや、医療機関等に調査等を行うことに、当該全ての者が同意しますか。	☐はい ☐いいえ
越谷市において助成金の交付決定をした後は、この申請書を助成金の請求書として取扱うことに同意しますか。	☐はい ☐いいえ
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ご記載ください。	☐はい ☐いいえ →「はい」の場合 接種回数： 回 接種自治体：
本申請分の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。	☐はい ☐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。	☐はい ☐いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの費用を返還することに同意しますか。	☐はい ☐いいえ

【提出書類】

- ☐任意接種費用の支払を証明する書類（領収書、明細書、支払証明書等）※原本
- ☐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）
- ☐被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し
- ☐助成金の振込先口座が確認できる書類等（通帳又はキャッシュカード）の写し