

寝屋川市子宮頸がんワクチン任意接種費補助金交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 寝屋川市長

私は、寝屋川市子宮頸がんワクチン任意接種費補助金につきまして、寝屋川市子宮頸がんワクチン任意接種費補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり、関係書類を添えて申請します。また、寝屋川市暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員又は暴力団密接関係者でないことを誓約します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄
	氏名		
	現住所	〒	
	電話番号		

※ 申請は、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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日	
	氏名	同じ		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"/> 2価ワクチン <input type="checkbox"/> 4価ワクチン <input type="checkbox"/> 9価ワクチン				
	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 円		
		2回目	円			
3回目		円				
接種医療機関	名称					
	住所					

※ 複数の医療機関で接種した場合、以下に名称・住所を記載

私が交付を受ける任意接種費補助金は、以下の指定口座への振込を依頼します。

※ 口座名義人が申請及び請求者と異なる場合は、口座名義人に受領に関する一切の権限を委任したものとします。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所
	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】 ※該当する項目すべてに☑を入れてください。

寝屋川市が必要と認めるときは、補助金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、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
寝屋川市が必要と認めるときは、補助金申請に係る審査を行うために、他の市区町村の機関その他の官公署等に対し、ワクチンの任意接種に関する情報について、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
キャッチアップ接種を受けましたか。はいの場合は、接種回数と接種を受けた自治体名を右欄に御記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____回_____
本申請に関す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
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いことが分かった場合は、交付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

【提出書類】

- 被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（住民票、運転免許証、健康保険証（両面）など、いずれかひとつ）

※申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの

- 振込希望先の金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号確認用）
- 実費を支払った事実、費用及び回数を確認できる書類（領収書、領収書の明細 など）
- 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳の写し、予防接種済証の写し など）