

様式第1号（第4条関係）

申請日 年 月 日

桶川市長

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払申請書

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

支払を受ける任意接種の費用について、金融機関口座の振り込みをもって、当方が受領したものと認めます。また、申請内容について桶川市から医療機関等に照会されること、及び住民基本台帳における情報について調査を行うことに同意します。

【添付書類】領収書（接種に要した費用の分かるもの。接種内容の記載がない場合、明細等も必要。）の原本  
接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票の写し  
 ※領収書の原本がなくても、その他添付書類により予防接種を受けたことが確認できれば、償還払が可能な場合がありますので、領収書以外の書類を添付して申請してください。

【決定通知書について】支払が決定した場合、市から決定通知書を送付し、この申請書を請求書として取り扱います。決定通知書は申請者の住所に送付しますが、別の送付先を希望する場合は下段に記入してください。

（決定通知書送付先）住所：〒

※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。

接種時の情報	フリガナ		生年月日	平成	年	月	日
	被接種者氏名						
	住所	〒					
令和4年4月1日時点の情報	フリガナ						
	被接種者氏名	<input type="checkbox"/> 接種時と同じ					
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 接種時と同じ					
申請者の情報	フリガナ						
	申請者氏名	<input type="checkbox"/> 被接種者と同じ					
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 被接種者と同じ					
申請者連絡先	( ) - ( )			↓領収書がない場合は空欄			
接種の状況	接種年月日	接種を受けた医療機関名 (カッコ内に市町村名)	① 接種に要した金額	② 申請金額 左記の額と17,430円の低い額			
	1回目	年 月 日	( )	円	円		
	2回目	年 月 日	( )	円	円		
	3回目	年 月 日	( )	円	円		
申請金額合計		円 ( 回接種分)					
振込先	金融機関名	銀行・信金 信用組合・農協		銀行コード			
	支店名	本店・支店・支所		支店コード			
	預金種別 (該当に○印)			口座番号 (右づめで記入)			
	普通 ・ 当座						
口座名義人	(フリガナ)						
	(漢字)						
<p>※申請者と口座名義人が相違する場合、下段の署名が必要です。                  私（申請者）は、上記請求代金の振込先について私の名義ではない口座を指定していますが、この口座をもって支払の効力が生じることについて異議ありません。                  申請者氏名</p>							