

様式第1号（第4条第1項関係）

草津市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

年 月 日

草津市長 宛

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者 との続柄
	氏名	⑨	
	現住所	〒	
	電話番号		

※申請できるのは接種を受けた本人、またはその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	現住所	〒			
		※申請書と同じ場合、同上に記載してください。			
	住所(令和4年4月1日時点)	〒			
		※現住所と同じ場合、同上に記載してください。			
	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
申請者負担額 (申請分のみ記載)	1回目	円	合計	円	
	2回目	円			
	3回目	円			
※支給額は、草津市で審査の上、決定します。					
接種医療機関	名称				
	住所				
	TEL				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載					

【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）および医療機関等における情報について、草津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
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ていないことに相違はありませんか。	<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