

別 記

第1号様式（第4条関係）

流山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

（宛先）流山市長

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄
	氏名 (署名又は記名押印)		
	現住所	〒	
	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	平成 年 月 日	
	氏名				
	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 <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	円
		2回目	円		
3回目		円			
接種医療機関	所在地				
	名称				
	TEL				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に所在地・名称・TELを記載					

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協			支店・出張所			
	口座番号(7桁)	普通・当座						
	フリガナ							
	口座名義人							
	支店番号 (ゆうちょ銀行 の場合は店番号)							

申請者本人と口座名義人が異なる場合は、下記の委任状に記入してください。

委任状	
私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 年 日	委任者(申請者)氏名
(署名又は記名押印)	

同意書	
市が、住民基本台帳の情報(申請者と被接種者が異なる場合には双方の登録事項)、予防接種に関する情報その他の助成対象者の要件の確認に当たって必要となる情報について、その保有する公簿等により確認すること及び医療機関等における情報について、流山市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。	
年 月 日	同意者氏名
(署名又は記名押印)	

【確認事項】※該当する項目に☑を入れてください。

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御記載ください。	☐はい ☐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。	☐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合せを行いましたか。	☐はい ☐いいえ

【添付書類】

- ☐接種費用の支払いを証明する書類(領収書、支払証明書等の原本)
- ☐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等の写し

※提供していただいた個人情報、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支給の目的以外に使用致しません。

※申請は、流山市保健センターまで郵送又は持参にて受付しており、申請期限は令和7年3月31日までとなっております。申請期限を過ぎた場合は助成対象外となりますので、御注意ください。