様式第１号（第５条関係）

佐久市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用の償還払い申請書兼実績報告書

年　　月　　日

（申請・報告先）佐久市長

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号　　　　（　　　　）

被接種者との続柄　本人　・　（　　　　　）

佐久市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用の償還払い要綱第５条の規定により、

次のとおり申請します。

１　申請・実績内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | □申請者と同じ |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 被接種者氏名 |  |
| ワクチンの種類 | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン |
| □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 |
| 接種医療機関名 |  |

２　誓約・同意事項

　□他の地方公共団体等からＨＰＶワクチンの接種に係る償還払いを受けていません。

□審査に必要な情報（住民基本台帳、市税等納付状況、通院状況等）の提供、確認及び調査

に同意します。

□暴力団員又は暴力団との関係を有していません。

３　添付書類

　　□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・予診票等）※写し

　　　※必要に応じ、追加書類の提出をお願いすることがあります。