

(別記第1号様式)

函館市子宮頸がん予防ワクチンの任意接種費用に係る 償還払申請書

年 月 日

函館市長 様

任意接種費用に係る償還払を受けたいので、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			
	現住所	〒 ー		
	電話番号			

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				
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	〒 ー		
	令和4年4月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と 同じ	〒 ー		
ワクチンの種類	接種年月日	接種医療機関名	接種費用 (自己負担分)	償還払決定額 ※母子保健課記入欄	
<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル	年 月 日		円	円	
<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル	年 月 日		円	円	
<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル	年 月 日		円	円	
申請額 金				円	円

振込先金融機関の名称および口座番号等		
振込先銀行等の名称	口座種別・番号	口座名義人
銀行 金庫	本店 支店 出張所 普通 当座	フリガナ

注：申請者と口座名義人は、同一人であること。諸事情により申請者以外の
口座への振り込みを希望される場合には、裏面の「委任状」に御記入
ください

受付印

--

《裏面に続きます》

委任状

私(委任者)は、次の者(受任者)に函館市から支払われる任意接種費用の受領にかかる権限を委任します。

委任者	氏名	印	受任者	住所
				氏名

【確認・同意事項】

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、函館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
令和4年4月以降の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時点で居住していた自治体名を記載してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
本申請分の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

【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(申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの)
※住民票, 運転免許証, 健康保険証などいずれか一つ
- 接種費用の支払いを証明する書類(医療機関の領収書および明細書, 支払証明書等) ※原本に限ります
- 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, 医療機関の発行する接種済み証等)の写し

(3の書類が提出できない場合)
- 函館市子宮頸がん予防ワクチンの任意接種費用に係る償還払申請用証明書(原本) ※接種を受けた医療機関に記入を依頼してください。

このほか、必要に応じ、追加の書類の提出を求めることがあります。

(別記第1号様式)

函館市子宮頸がん予防ワクチンの任意接種費用に係る
償還払申請書

令和4年 7月10日

函館市長 様

任意接種費用に係る償還払を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	ハコダテ ハナコ	接種を受けた者 との続柄	本人
	氏名	函館 花子		
	現住所	〒040-0000 函館市五稜郭町23番1号		
	電話番号	090-0000-0000		

被接種者	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と 同じ	生年月日	平成10年 8月 1日
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と 同じ	申請者、現住所 と異なる場合 のみ記入	
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と 同じ		
	令和4年4月1日 時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と 同じ		
ワクチンの種類	接種年月日	接種医療機関名		接種費用 (自己負担分)
<input type="checkbox"/> サーバリックス <input checked="" type="checkbox"/> ガーダシル	平成27年10月 5日	〇〇クリニック	16,000円	円
<input type="checkbox"/> サーバリックス <input checked="" type="checkbox"/> ガーダシル	平成27年12月 10日	〇〇クリニック	15,000円	円
<input type="checkbox"/> サーバリックス <input checked="" type="checkbox"/> ガーダシル	平成28年4月 15日	〇〇クリニック	15,000円	円
申請額 金				46,000円 円

振込先金融機関の名称および口座番号等		
振込先銀行等の名称	口座種別・番号	口座名義人
北海銀行 函館支店 金庫	普通 0000001 当座	フリガナ ハコダテ ハナコ 函館 花子

注：申請者と口座名義人は、同一人であること。諸事情により申請者以外の口座への振り込みを希望される場合には、裏面の「委任状」に御記入ください

受付印

《裏面に続きます》

委任状

私(委任者)は、次の者(受任者)に函館市から支払われる任意接種費用の受領にかかる権限を委任します。

委任者	氏名	印	受任者	住所
				氏名

申請者と同じ

振込先名義人と同じ

【確認・同意事項】

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、函館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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
令和4年4月以降の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時点で居住していた自治体名を記載してください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
本申請分の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 checked="" 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(申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの)
※住民票, 運転免許証, 健康保険証などいずれか一つ
- 接種費用の支払いを証明する書類(医療機関の領収書および明細書, 支払証明書等) ※原本に限ります
- 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, 医療機関の発行する接種済み証等)の写し

(3の書類が提出できない場合)
- 函館市子宮頸がん予防ワクチンの任意接種費用に係る償還払申請用証明書(原本) ※接種を受けた医療機関に記入を依頼してください。

このほか、必要に応じ、追加の書類の提出を求めています。