

記入例

令和4年8月1日

調布市長 宛

申請日

調布市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費助成金交付申請書

調布市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費助成金交付要綱第5の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者は接種を受けた本人又はその保護者
申請の内容について、公簿等との照合及び医療機関へ確認することに同意します。

申請者の名前

同意欄 氏名 **調布 花子**

太字の中をご記入ください。

申請者	ふりがな	ちょうふ はなこ	被接種者との続柄	本人
	氏名	調布 花子		
	現住所	調布市〇〇町〇-〇-〇		
	電話番号	042-441-6100		

※申請者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	ふりがな	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	H14年4月2日
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	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	

(注) 令和4年4月1日時点で調布市に住民登録がある方が対象です。

接種したHPVワクチンをチェック

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン (サーバリックス®)
	<input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン (ガーダシル®)

申請内訳	接種回数	医療機関名	予防接種を受けた日 (接種年齢)	接種費用	基準額	助成額	備考
	1回目	〇〇クリニック	R3年4月2日 (19歳)	16,000円	円	円	
	2回目	同上	R3年6月2日 (19歳)	16,000円	円	円	
	3回目	同上	R3年10月2日 (19歳)	16,000円	円	円	

※助成対象分 (高校2年 (17歳相当) ~ 令和4年3月31日までの接種分) のみ記入
※接種費用と基準額を比較して少ない方の額が助成額になります。

←左記※印の期間に接種した分であることを確認し、助成対象となる回数の部分を記入

振込先 ※口座名義は申請者のものに限ります。

金融機関名	コード	1	2	3	4	支店名	コード	5	6	7	
	〇〇銀行						〇〇支店				
預金口座	普通 ・当座	口座番号			1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	チョウフ ハナコ										
口座名義	調布 花子										

申請者の振込先の口座を記入

(裏)

〈必要書類〉

- 1 接種費用の支払いを証明する書類の原本（領収書，支払証明書等）
- 2 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳，予防接種済証，接種済みの記載がある予診票の写し等）
※ 1・2が提出できない場合は，調布市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費助成金交付申請用証明書
- 3 その他市長が必要と認める書類（必要に応じて提出していただく場合があります。）

〈注意事項〉

- 1 平成9年4月2日～平成17年4月1日までに生まれた女性で，令和4年4月1日に調布市に住民登録のある方が対象です。
- 2 定期接種の期間（小学6年（12歳相当）～高校1年（16歳相当））を過ぎて令和4年3月31日までに日本国内の医療機関でHPVワクチン（2価・4価）の任意接種を受け，実費を負担したものに限りです。
- 3 申請日の属する年度において市長が指定する医療機関で接種した場合のヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種単価を上限とし，実際に負担した接種費用のみを助成します。（交通費，宿泊費，文書料等は対象となりません。）
- 4 助成金は，3回接種分を限度とし定期接種期間に受けた接種回数分は除いて助成します。
- 5 申請期限は令和7年3月31日までです。