

杉戸町子宮頸がん予防に係る任意接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

杉戸町長 へ

申請者 住所

氏名

印

電話番号

被接種者との続柄（ ）

杉戸町子宮頸がん予防に係る任意接種費用助成金交付要綱第3条第1項に基づき、必要書類を添えて助成金の交付申請（請求）します。

なお、申請内容を確認するため、町が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び接種した医療機関に問い合わせることに同意します。

（太枠の中を記載してください）

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	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 〒			
接種状況	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 type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
	接種医療機関名				
※申請分のみ	回数	予防接種を受けた年月日	支払った額(実費)	町の上限度額	申請額
	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
申請合計金額				円	

振込先

金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店	1 普通 2 当座	口座番号					
	フリガナ								
	口座名義人								

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記委任欄に、記入・押印してください。

私は、上記口座名義人に子宮頸がん予防に係る任意接種費用助成金の受け取りを委任します。		
年 月 日	申請者氏名	印

添付書類

- ①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)※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証(両面)等のいずれかひとつ
- ②振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等の確認用）
- ③接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等の原本）
- ④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」欄のコピー等）
- ⑤④が提出できない場合は、子宮頸がん予防に係る任意接種費用助成金交付申請用証明書