

様式第1号（第6関係）

（表）

長野市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申請書

年 月 日

（宛先）長野市長

申請者 住 所  
氏 名  
連絡先  
対象者との続柄（ ）

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

記

1 対象者

現 住 所	
令和4年4月1日 時点の住所	
ふ り が な 氏 名	
生 年 月 日	

2 任意接種の内訳

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	
接種年月日（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
接種費用（申請分のみ記載）	1回目	円
	2回目	円
	3回目	円
接種医療機関	名 称	
	住 所	
	連絡先	
※複数の医療機関で接種した場合、名称・住所・連絡先を記載		

(裏)

3 申請額 \_\_\_\_\_ 円

4 振込先

ゆうちょ 銀行以外 の金融機 関	口座名義人 (カタカナで記入)																
	銀行・金庫 信組・農協							支店 支所 出張所									
	預金種別			口座番号 (右詰めで記入してください。)													
	普通・当座																
ゆうちょ 銀行	口座名義人 (カタカナで記入)																
	記号			番号 (右詰めで記入してください。)													

5 添付書類

- (1) 実費を支払った事実及び支払った額を証明できる書類 (領収書、明細書等)
- (2) 母子健康手帳、予防接種済証その他の対象者のヒトパピローマウイルス感染症に係る接種記録が確認できる書類の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類

6 誓約・同意事項

この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、長野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
申請の対象となる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、他の市町村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
申請内容に偽りがあった場合又は申請内容に相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの助成金を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ