

子宮頸がん予防ワクチン任意接種償還払い申請書

年 月 日

勝山市長 様

関係書類を添えて、次のとおり接種費償還払いを申請します。

なお、次のことについて同意します。

市の住民基本台帳情報について償還払いの交付決定に必要な事項を確認すること。

市から接種医療機関に接種状況について確認すること。

住所地の変更等のある場合、子宮頸がん予防ワクチン償還払いの交付状況について勝山市から他の自治体へ照会すること及び他の自治体から本市に照会があったときに回答すること。

申請者	フリガナ 氏名	接種者との続柄 ()		生年月日	年 月 日	
	現住所	〒 連絡先				
接種者	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日	
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 連絡先				
	R4.4.1時点の 住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ 〒 勝山市				
接種状況	接種回数	接種日	ワクチン種類	接種費用		
	<input type="checkbox"/> 1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 2価 (サーバリックス) <input type="checkbox"/> 4価 (ガーダシル)	円		
	<input type="checkbox"/> 2回目	年 月 日		円		
	<input type="checkbox"/> 3回目	年 月 日		円		
	医療機関名	名 称				
		住 所				
		電話番号				
複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記入						

【添付書類】

接種費用を実費で支払ったことを証明する書類（領収書、支払い証明書等）

接種記録が確認できる書類（母子手帳、予防接種済み証等）

※上記が添付できない場合は接種医療機関による「子宮頸がん予防ワクチン任意接種償還払い申請に係る証明書（様式第2号）」を提出してください。（作成に係る文書料等は償還払いの対象となりません。）