

様式第1号（第4条関係）

深谷市子宮頸がん（ヒトパピローマウイルス感染症）に係る
任意接種費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

深谷市長 宛て

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、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、深谷市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。

| | | | | |
|-----|------|---|-------------|--|
| 申請者 | フリガナ | | 接種を受けた者との続柄 | |
| | 氏名 | 印 | | |
| | 現住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | | |

※申請できるのは接種を受けた本人、又はその保護者に限ります。

| | | | | | |
|---------|---|---|---|------|-------|
| 申請（請求）額 | | 円 | | | |
| 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 | 〒 | | |
| | 令和4年4月1日時点の住所 | <input type="checkbox"/> 現住所と同じ | 〒 | | |
| 申請対象回数 | <input type="checkbox"/> 1回目接種分 <input type="checkbox"/> 2回目接種分 <input type="checkbox"/> 3回目接種分 | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫 本店 農協・信用組合 支店 労働金庫 出張所 | | | |
| | 預金種別 | 普通 ・ 当座 | | | |
| | 口座番号 | | | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 口座名義人 | | | | |

【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）※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ

□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（口座番号等確認用）

□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）※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」欄の写し等）

※接種記録と申請時の氏名等が異なる場合には、変更となったことがわかる書類

※申請者と被接種者が異なる、又は必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。