

記入例

岡崎市子宮頸がん予防接種費補助金交付申請書兼実績報告書

記入した日 令和 ○年 ○月 ○日

(定住) 岡崎市

記入している人

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	オカザキ ハナコ	接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	岡崎 花子		
	現住所	〒444-8545 岡崎市若宮町2丁目1番地1 げんきアパート101号室		
	電話番号	日中に連絡の取れる電話番号を記入してください。 090-1234-5678		

※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。

被接種者 (予防接種を受けたかた)	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者	申請者=予防接種を受けたかたの場合は、氏名・現住所は☑のみ。保護者が申請者の場合は、各欄に記入が必要。		
	氏名	と同じ			
	生年月日	平成 ○年 ○月 ○日			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	令和4年4月1日時点で岡崎市に住民登録がなかったかたは、岡崎市への申請はできません。	
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	岡崎市		
	ワクチンの種類	<input checked="" 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)			
	予防接種を受けた年月日 (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	
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	18,000	円	合計 35,500 円
2回目		17,500	円		
3回目			円		
接種した医療機関	名称	産婦人科○○クリニック			
	住所	岡崎市○○町○丁目○番地○			
	TEL	0564-12-3456			
領収書・明細書等がなく金額不明の場合は、15,000と記入。					
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載 △△こどもクリニック △△市△△町字△△△番地△ 1234-56-7890					

私が受領する補助金について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	○○○○ 銀行 信用金庫 ○○ 本店 農協 支店 支所								
	金融機関コード	1	2	3	4	支店番号	5	6	7	
	預金種別	普通 ・ 当座								
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 8								
	フリガナ	オカザキ ハナコ								
口座名義人	岡崎 花子									
依頼人（申請者）氏名 岡崎 花子										

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状	申請者以外の口座に振り込み希望 の場合は、必ず記入
私は、上記口座名義人に補助金の受領に関する一切の権限を委任するものと同意します。	
令和 年 年 日	
申請者氏名	

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の）関係における情報について、岡崎市が必ずこの申請に同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
誓約・同意の☑がないと、申請を受付できません	
申請書に提出した申請書について交付決定及び確定後は任意接種費用の請求書として取扱うことに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
キャッチアップ接種を受けましたか。はいの場合、接種回数と接種を受けた自治体名を右記にご記載ください。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 1回・岡崎市
本申請分の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自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 紛失していない
申請内容に偽りがあった場合や相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの費用を返還することに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- （現住所が岡崎市外の場合のみ必要）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（接種済証、母子手帳「予防接種の記録」欄の写し等）
 - 岡崎市が交付した予診票兼接種券（申請する接種回数分のみ）※現住所が岡崎市外の場合には不要。
- ※申請者と被接種者が異なる場合や必要書類が不足している場合等に、追加の書類を求めることがあります。また、提出書類は返却しません。