

記入例

年 月 日

（申請先）土浦市長

申請者

住所 土浦市●●●町1-2

氏名 土浦 花子

㊞

電話番号 090-1234-5678

任意接種者との続柄 本人

記入を誤った場合は、二重線と訂正印で訂正してください。

※合計金額を誤った場合は書類の書き直しとなります。ご注意ください。

土浦市子宮頸がん予防ワクチン任意接種費用助成金交付申請書兼請

押印をお願いします。

土浦市子宮頸がん予防ワクチン任意接種費用助成金の交付を受けたいので、土浦市子宮頸がん予防ワクチン任意接種費用助成金交付要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて助成金の交付を申請し、及び請求します。

記

1 任意接種者及び任意接種の内容

フリガナ	ツチウラ ハナコ	生年月日	平成○年△月□日		
氏名	土浦 花子				
現在の住所	土浦市●●●町1-2				
令和4年4月1日における住所	土浦市▲▲▲町3-4				
子宮頸がん予防ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン <input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン				
接種年月日	1回目	平成 □年 ◇月 ◇日			
	2回目	平成 □年 △月 △日			
	3回目	平成 □年 ○月 ○日			
交付申請額	1回目	15,000円	合計 45,000円		
	2回目	15,000円			
	3回目	15,000円			
接種医療機関	所在地	交付申請額は接種金額と助成金額の <u>どちらか低い方</u> となります。			
	名称			誤って記入した場合は、書類の <u>書き直し</u> が必要です。	
	電話番号				

2 振込先口座

金融機関名	振込先の口座名義は接種 したご本人様の名義であ る必要はありません。	本店・支店名等	
預金種目		口座番号	
口座名義人			ゆうちょ銀行の支店名は 3ケタの数字 です

3 添付書類

- (1) 任意接種費用を全額負担したことを証する書類
 - (2) 母子保健法第16条第1項の母子健康手帳の写しその他の子宮頸がん
予防ワクチンの接種履歴を確認することができる書類
 - (3) 住民票の写し（任意接種者の令和4年4月1日における住所を確認す
ることができるものに限る。）
 - (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類
- ※ 4の事項に同意する場合は、(3)に掲げる書類の添付は不要です。

4 同意事項

助成金の交付の決定のため、市職員が公簿等により任意接種者の住民登録
を確認することについて

- 同意します。
 同意しません。

ご同意いただいた場合は、上記(3)
にある住民票の写しの添付は不要です。

申請者氏名 _____