様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

境港市長　様

境港市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金交付申請書

次のとおり、境港市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金交付要綱第４条の規定により申請します。また、この申請の交付の可否の審査にあたり、担当職員が住民登録及び医療機関等関係資料における情報について、確認することに同意します。

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。

被接種者	フリガナ	□申請者と同じ		生年月日	年　月　日
	氏　　名				
	現 住 所	□申請者と同じ	〒		
	令和4年4月1日時点の住所	□現住所と同じ	〒		
	ワクチンの種　類	□組換え沈降２価ＨＰＶワクチン（サーバリックス）			
		□組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル）			
		□組換え沈降９価ＨＰＶワクチン（シルガード９）			
	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	１回目	円	実　費（実際に支払った額）	円
		２回目	円		円
		３回目	円		円
		文書料	円		円
		合　　計	円		円
	接種医療機関	名　　称			
		電話番号			
		住　　所			
		※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記入してください			

添付書類

１　境港市ヒトパピローマウイルス感染症（ＨＰＶワクチン）任意接種に係る実費を支払った額を証明できる書類（領収書等）

２　境港市ヒトパピローマウイルス感染症（ＨＰＶワクチン）任意接種の接種日、回数及び種類を確認することができる母子健康手帳、予防接種済証などの書類の写し

３　１又は２の書類を添付することができない場合は、境港市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金交付申請用証明書