

助成金交付申請書

年 月 日

四国中央市長 様

〒799-0497
住所 四国中央市三島宮川4丁目6番55号
氏名 四国 花子
被接種者との続柄 本人
電話番号 090-△△△-000

助成金の交付を受けたいので、四国中央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5条の規定により、次のとおり申請します。

助成金の交付申請に当たり、裏面の誓約事項を誓約します。

1 任意接種を受けた者

フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ		生年 月日	平成9年10月29日
氏名				
現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
令和4年4 月1日時点 の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所 と同じ			

2 任意接種の内容

ワクチンの種類		<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン
		<input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン
任意接種を 受けた年月 日	1回目	令和2年11月30日
	2回目	令和3年2月10日
	3回目	令和3年5月30日
申請金額	1回目	16,100円
	2回目	16,100円
	3回目	16,100円
	合計	48,300円

3 任意接種を受けた医療機関

名称	〇〇〇クリニック
所在地	四国中央市〇〇町〇〇番地
電話番号	0896-△△-〇〇〇〇

備考 複数の医療機関で接種した場合は、全ての医療機関を記載すること。

4 誓約事項

(1) この申請に係る住民基本台帳及び医療機関における情報について、市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。
(2) 助成金の交付を受けようとする接種の回数分について、キャッチアップ接種を受けていません。
(3) 他の地方公共団体その他団体が実施する事業により助成金と同様の趣旨に基づく助成金等の交付を受けていません。
(4) 虚偽その他不正の手段によって助成金の交付を受けたものと認められた場合において、既に助成金が交付されているときは、当該助成金を返還します。

5 キャッチアップ接種について

キャッチアップ接種を受けた場合は、接種回数及び接種を受けた自治体名を以下に記載すること。

(1) 接種回数	
(2) 接種を受けた自治体名	

6 提出書類

- (1) 領収書の原本その他の第3条第4号の実費を支払った事実及びその額を証する書類
- (2) 母子健康手帳の写しその他の任意接種の接種の記録が確認できる書類
- (3) 市長が必要と認める書類