

## 助成金交付申請書

年 月 日

四国中央市長 様

住所  
氏名  
被接種者との続柄  
電話番号

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 type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年	
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		月日	
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			

## 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 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	
	2回目	
	3回目	
申請金額	1回目	
	2回目	
	3回目	
	合計	

### 3 任意接種を受けた医療機関

名称	
所在地	
電話番号	

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