

倉吉市子宮頸がん予防ワクチン任意接種助成金請求書

年 月 日

(宛先)

倉吉市長

〒

住 所

請求者

氏 名

Ⓜ

接種対象者との続柄 ()

電話番号

次のとおり子宮頸がん予防ワクチン任意接種の助成金を請求します。

		請求金額					円
接 種 対象者	(ふりがな) 氏 名						
	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳 か月)					
予防接種の種類 ○をしてください	○回目	接 種 日	支払った金額 (円)	*基準額	*助成額	*備考	
		医療機関名					
・ 2価 (サーバリックス) ・ 4価 (ガーダシル)		年 月 日					
・ 2価 (サーバリックス) ・ 4価 (ガーダシル)		年 月 日					
・ 2価 (サーバリックス) ・ 4価 (ガーダシル)		年 月 日					

添付書類 ・ 領収証書 (実施証明書)

*市記入欄

・ 母子健康手帳その他ワクチン接種を受けたことがわかる記録

担当者確認

助成金は、次の口座に振り込んでください。

(宛先)

倉吉市会計管理者

振込先	金融機関名		支 店 名	
	預 金 種 別	普通 ・ その他 ()	(ふりがな)	
	口 座 番 号		口座名義人	

裏面も必ずご記入ください

【誓約・同意事項】

該当する項目に○をつけてください。

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| ※接種対象者は、令和4年4月1日現在、倉吉市に住民登録がありますか。 | はい | いいえ |
| ※この請求に係る住民基本台帳（申請者と接種対象者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、倉吉市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。 | はい | いいえ |
| ※本請求分の子宮頸がん予防ワクチン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。 | はい | いいえ |
| ※請求内容に偽りや相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用の返還に同意しますか。 | はい | いいえ |