

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払い申請書
(口座振替申込書兼受領委任状)

令和 年 月 日

(宛先) 新潟市長

標記について、下記のとおり関係書類を添えて、予防接種費用の償還払いを申請します。

- 【申請者】 ●申請できるのは接種を受けた本人(被接種者)、または、その保護者に限ります。
●申請日時点で被接種者が18歳以上(成人)の場合、本人以外からの申請は委任状(様式第3号)が必要です。

ふりがな 氏名		被接種者との 続柄	
住所			
電話番号			

- 【被接種者】 ●申請できるのは令和4年4月1日時点で新潟市に住民票のあった方です。

ふりがな 氏名		生年月日	
現住所			
令和4年4月1日 時点での住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(異なる場合) 新潟市	区

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(サーバリックス®)		
	<input 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(ガーダシル®)		
接種を受けた年月日 (申請するものだけ記載)	1回目	平成・令和	年 月 日
	2回目	平成・令和	年 月 日
	3回目	平成・令和	年 月 日
接種医療機関	1回目	(医療機関名) (所在地)	
	2回目	<input type="checkbox"/> 1回目と同じ	(医療機関名) (所在地)
	3回目	<input type="checkbox"/> 1回目と同じ <input type="checkbox"/> 2回目と同じ	(医療機関名) (所在地)

申請額	接種回数	接種日	請求額 (新潟市予防接種委託料金)	支給可否	助成金額
	1回目			円	可・非
2回目			円	可・非	円
3回目			円	可・非	円

※太枠内の申請する分のみご記入ください。

(合計) 円

裏面もご記入ください

【 振込先 】 該当する番号を○で囲んでください

任意接種費用について、下記の指定口座へ振込を依頼します。

1. 申請者と口座名義が同じ
2. 受領委任(申請者と口座名義が異なる場合。ただし、被接種者本人もしくは被接種者保護者であること。) 私は、下記の者をもって代理人と定め、受領に関する権限を委任します。

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合				本店・支店 支所・出張所			
	金融機関コード				支店番号			
口座種別 口座番号	1. 普通 2. 当座	口座番号						
口座名義	フリガナ							

※振込を確実にするため、口座番号・名義などが記載されたもの(通帳・キャッシュカード等)の写しを添付してください。

【 誓約・同意事項 】 下記の事項をお読みいただき、該当する項目にチェックをお願いします。

住民基本台帳(被接種者および申請者)および、医療機関等の情報について、新潟市が必要と認めるときには調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
本申請分のヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用について、新潟市以外の自治体から助成を受けたことはありませんか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
令和4年4月1日以降に特例措置での接種(キャッチアップ接種)を受けましたか。 「はい」の場合は、接種日と接種を受けた自治体名(市町村)を記載してください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	2回目:令和 年 月 日 自治体:()	
	3回目:令和 年 月 日 自治体:()	
申請内容に誤りや偽りがあり、支給要件に該当しないことが判明した場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

【 添付書類 】 申請にはすべての書類をそろえてご提出ください。

- 被接種者の氏名・生年月日・住所が確認できる書類の写し(マイナンバーカード・運転免許証など)
被接種者と申請者が異なる場合は、申請者の分も添付
- 接種記録が確認できる書類の写し(母子健康手帳・予防接種済証など)
- 振込先金融機関の通帳もしくはキャッシュカードの写し(振込先が分かるもの)
- 委任状(ただし、申請時点で被接種者が18歳以上、かつ、申請者が被接種者以外の場合のみ添付)

※その他、必要に応じて追加書類を求める場合があります。ご了承ください。

【 問合せ先 】

北 区 健康福祉課	〒950-3393 北区東栄町1-1-14 Tel 025(387)1340	秋葉区 健康福祉課	〒956-8601 秋葉区程島2009 Tel 0250(25)5685
東 区 健康福祉課	〒950-8709 東区下木戸1-4-1 Tel 025(250)2340	南 区 健康福祉課	〒950-1292 南区白根1235 Tel 025(372)6375
中央区 健康福祉課	〒951-8553 中央区西堀通6番町866 Tel 025(223)7237	西 区 健康福祉課	〒950-2097 西区寺尾東3-14-41 Tel 025(264)7423
江南区 健康福祉課	〒950-0195 江南区泉町3-4-5 Tel 025(382)4340	西蒲区 健康福祉課	〒953-8666 西蒲区巻甲2690-1 Tel 0256(72)8372
保健所 保健管理課	〒950-0914 中央区紫竹山3-3-11 Tel 025(212)8123		