

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

美里町子宮頸がん予防ワクチン接種費用助成金交付申請書

美里町長 殿

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____

下記のとおり、子宮頸がん予防ワクチン接種費用助成金の交付を申請します。

記

1. 申請額 金 _____ 円也
 2. 被接種者等

ふりがな			生年月日	年 月 日		
氏名						
住所	令和4年4月1日時点の住所 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ					
予防接種状況 ※申請分を記載	回数	種類	接種日	接種時年齢	接種料金	医療機関名
	1回目	<input type="checkbox"/> サーバリックス (組み換え沈降2価) <input type="checkbox"/> ガーダシル (組み換え沈降4価)	令和 年 月 日	歳	円	
	2回目	<input type="checkbox"/> サーバリックス (組み換え沈降2価) <input type="checkbox"/> ガーダシル (組み換え沈降4価)	令和 年 月 日	歳	円	<input type="checkbox"/> 同上
	3回目	<input type="checkbox"/> サーバリックス (組み換え沈降2価) <input type="checkbox"/> ガーダシル (組み換え沈降4価)	令和 年 月 日	歳	円	<input type="checkbox"/> 同上

3. 振込先

金融機関名		本・支店名	本・支店名
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義人			

※ 振込口座は、申請者名義のものに限ります。

【添付書類】

- 子宮頸がんワクチン予防接種に要した費用に係る領収書又は子宮頸がん予防ワクチン予防接種に要した費用を証明できる書類
- 母子健康手帳等（予防接種の記録が記載されているもの）

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

美里町子宮頸がん予防ワクチン接種費用助成金交付申請書

美里町長 殿

申請者 住所
氏名
電話番号

・被接種者が申請（18歳未満の場合は保護者が申請者）
・申請者と口座名義人は、同じ名前となります。

下記のとおり、子宮頸がん予防ワクチン接種費用助成金の交付を申請します。

記

（※1）の接種料金の合計

1. 申請額 金 円也
2. 被接種者等

ふりがな			生年月日	年 月 日		
氏名						
住所	令和4年4月1日時点の住所 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ					
予防接種状況 ※申請分を記載	回数	種類	接種日	接種時年齢	接種料金	医療機関名
	1回目	<input type="checkbox"/> サーバリックス （組み換え沈降2価） <input type="checkbox"/> ガーダシル （組み換え沈降4価）	令和 年 月 日	歳		
	2回目	<input type="checkbox"/> サーバリックス （組み換え沈降2価） <input type="checkbox"/> ガーダシル （組み換え沈降4価）	令和 年 月 日	歳		
	3回目	<input type="checkbox"/> サーバリックス （組み換え沈降2価） <input type="checkbox"/> ガーダシル （組み換え沈降4価）	令和 年 月 日	歳	円	<input type="checkbox"/> 同上

裏面、「別紙」の委託料額又は、医療機関で支払った額のうち少ない額をそれぞれに記入（※1）

3. 振込先

金融機関名		本・支店名	本・支店名
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義人			

※ 振込口座は、申請者名義のものに限ります。

【添付書類】

- 子宮頸がんワクチン予防接種に要した費用に係る領収書又は子宮頸がん予防ワクチン予防接種に要した費用を証明できる書類
- 母子健康手帳等（予防接種の記録が記載されているもの）