

年 月 日

新島村長 殿

(申請者)
住 所
氏 名 印
電話番号

新島村HPVワクチン男性任意接種償還払い申請書

標記について、新島村HPVワクチン男性任意接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により申請します。なお、この申請に係る住民基本台帳および医療機関等における情報について、村が調査することに同意します。

記

被 接 種 者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	生年		年 月 日
	氏 名		月 日		
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
	ワクチン種類		接種日	申請額	決定額
	組換え沈降HPVワクチン (4価 ・ 9価)	1回目	年 月 日	円	円
		2回目	年 月 日	円	円
		3回目	年 月 日	円	円
	接種医療 機関	名 称			
住 所					
電話番号					

※申請できるのは被接種者、又はその保護者に限ります。

任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振 込 先 口 座	金融機関	信用組合 本店		
		銀行 支店		
	信用金庫 支所			
	金融機関コード	支 店 番 号		
	預 金 種 別	1.普通 ・ 2.当座	口 座 番 号	
フリガナ				
口座名義人				

※振込口座は申請者の口座に限ります。

【添付書類】

- 申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）
- 医療機関が発行する領収書及び診療明細書の写し
- 接種済の記載がある予診票の写し
- 接種記録が確認できる母子健康手帳の写し
- 振込希望先金融機関の通帳等の写し