

第1号様式（第4条関係）

○令和4年4月1日時点で江戸川区に住民登録がない方は、本様式を使用することができません。
○子宮頸がん（HPV）予防ワクチン任意接種償還払いの申請書です。

No. _____

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書

令和 年 月 日

江戸川区長 あて

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

- ・消えるボールペン、修正液は使用できません。
- ・訂正する場合は二重線で消し、訂正印（申請者印と同じもの）を押印してください。



※申請できるのは接種を受けた本人、又はその保護者に限ります。

申請者	フリガナ			接種を受けた者との続柄	
	氏名				
	現住所	〒			
	電話番号				
被接種者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	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	〒 江戸川区		
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
	予防接種を受けた年月日（申請分のみ記載）	1回目	2回目	3回目	
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	
		申請金額（申請分のみ記載）	円	円	円
	※診察の結果、接種を見合わせたほうがよいと判断された場合、下記に予診年月日と申請金額を記載				
接種医療機関	名称				
	住所				
	TEL				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載 (回目) (回目)					

区担当者記入欄 ※申請者は記入不要で

交付決定額
円

健康サービス課			
課長	係長	主査	係員

受付者

健康サポートセンター受付印

私が受領する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。

振込先金融機関		銀行 信用金庫 信用組合										支店 出張所							
		銀行コード										支店コード							
振込 口座	口座種別	1 普通										口座番号							
	フリガナ																		
	口座名義																		

依頼人（申請者）氏名

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状

私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

申請者氏名

【誓約・同意事項】※該当する項目の□にレを入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種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、江戸川区が必要と認めるとき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
この申請書を、江戸川区において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取扱うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
本申請分のキャッチアップ接種を受けましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
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等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。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
江戸川区において支給決定した後は、申請金額の変更をできないことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合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

【提出書類等】

<input type="checkbox"/> 本申請書の表面2箇所押印
<input type="checkbox"/> 被接種者の氏名・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） ※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ
<input type="checkbox"/> 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）
<input type="checkbox"/> 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限る。
<input type="checkbox"/> 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）
<input type="checkbox"/> （口座名義や領収書の宛名等が旧姓の場合）免許証の裏書等、新姓と旧姓が確認できるものの写し

※申請者と被接種者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。

※提出いただいた書類は返却できません。事前に必ずコピーをお取りください。

【申請窓口記入欄】※申請者は記入不要です。

システム確認事項	<input type="checkbox"/> ①令和4年4月1日時点で、区に被接種者の住民登録がある。
	<input type="checkbox"/> ②本申請分は任意接種対象期間に接種されたものである。 (法定対象年齢を過ぎて接種されたものである。) ※早見表を参照
	<input type="checkbox"/> ③本申請分の法定接種の接種歴はない。
	<input type="checkbox"/> ④本申請分の助成金の申請をしていない。