

様式第1号（第4条関係）

坂戸市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

坂戸市長 あて

（提出先：坂戸市立市民健康センター）

申請者 住 所
氏 名
電話番号
被接種者
との続柄

助成金の交付を受けたいので、坂戸市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、助成金の交付の決定に当たり必要となる情報について、市民健康センターの職員が住民基本台帳等により確認することについて同意します。

被 接 種 者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。		生年 月日	年 月 日	
	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。				
	令和4年4月1日 現 在 の 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。				
	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				
		<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				
	接 種 年 月 日	1 回 目		年	月	日
		2 回 目		年	月	日
		3 回 目		年	月	日
	助成金交付申請額	1 回 目		円	合計 円	
		2 回 目		円		
		3 回 目		円		
	接 種 医 療 機 関	名 称				
		住 所				
電話番号						
※ 複数の医療機関でワクチンを接種した場合は、この欄に当該医療機関の名称、住所及び電話番号を記入すること。						

添付書類

- 1 ヒトパピローマウイルス感染症任意予防接種の費用を負担した事実及び当該費用の額を証する書類
- 2 母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票の写し
その他ヒトパピローマウイルス感染症任意予防接種の履歴を確認することができる書類