

別記様式第1号（第5条関係）

子宮頸がん予防ワクチン接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

福生市長宛て

申請者 現在の住所

氏 名

電 話 ()

福生市子宮頸がん予防ワクチン接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により次のとおり申請・請求します。

なお、この申請に当たり、市職員が住民基本台帳等を閲覧し、及び医療機関等に問合せをすることについて同意します。

1 被接種者

被 接 種 者	フリガナ		申請者との続柄	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
	住 所 <small>※令和4年4月1日時点の住所</small>	福生市		

2 接種した予防接種

ワクチンの種類 <small>※いずれかに○をつけてください</small>	回数	予防接種を受けた 年月日	申請額
サーバリックス ・ ガーダシル (組換え沈降2価) (組換え沈降4価)	回目	年 月 日	円
サーバリックス ・ ガーダシル (組換え沈降2価) (組換え沈降4価)	回目	年 月 日	円
サーバリックス ・ ガーダシル (組換え沈降2価) (組換え沈降4価)	回目	年 月 日	円
請求額合計			円

3 振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	()		

※申請者と異なる名義の口座へ振り込みを希望する場合は委任状を添付してください。

4 添付書類

- 領収書等の予防接種に要した経費が分かる書類の原本（接種した予防接種の種類及び回数が分かるもの）
- 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）
- その他市長が必要と認める書類