

伊勢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

（宛先）伊勢市長

住所  
申請者 氏名  
電話番号

伊勢市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金を下記のとおり申請します。また、この助成の決定に関する事務手続の処理のため、伊勢市が保有する個人情報を開覧し、又は調査すること、及び医療機関等に問い合わせ、当該医療機関等から報告又は回答を受けることについて同意します。

記

|  |                   |  |     |                 |   |
|--|-------------------|--|-----|-----------------|---|
| 被接種者   | フリガナ              |  |     | 申請者<br>との<br>続柄 |   |
|  | 氏 名               |  |     |                 |   |
|  | 生 年 月 日           | 年  | 月   |                 |   |
|  | 現 住 所             |  |     |                 |   |
|  | 令和4年4月1日<br>時点の住所 |  |     |                 |   |
|  | ワクチンの<br>種 類      | <input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）<br><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<br>受けた年月日   | 1回目  | 年   | 月               | 日 |
|  |                   | 2回目  | 年   | 月               | 日 |
|  |                   | 3回目  | 年   | 月               | 日 |
|  | 申 請 金 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              |  |     |                 |   |
| 振 込 先  | 金融機関名             | 銀 行  | 本店  |                 |   |
|  |                   | 信用金庫   | 支店  |                 |   |
|  |                   | 農 協  | ( ) |                 |   |
|  |                   | 普 通・当 座  |     |                 |   |
|  | 口座番号              |  |     |                 |   |
|  | 口座名義人             | フリガナ   |     |                 |   |
|  |                   |  |     |                 |   |
| 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について他の自治体等から費用の助成を受けたことがありますか。 |                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   |     |                 |   |

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に助成金の受領を委任してください。  
私は、上記口座名義人を代理人として、助成金の受領を委任します。

委 任 者 住 所  
( 申 請 者 ) 氏 名 ①  
受 任 者 住 所  
( 口 座 名 義 人 ) 氏 名 ①