

※黒のボールペンでご記入ください。
(消えるタイプのボールペンは不可)

記入例 (18歳以上)

様式第1号 (第5関係)

茨木市ヒトパピローマウイルスワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

(提出先) 茨木市長

次のとおり、茨木市ヒトパピローマウイルスワクチン接種費用助成金の交付を関係書類を添えて申請します。
なお、助成金の交付の決定があったときは、当該助成金を請求します。

申請日・接種日等・合計金額は、記入せずにご持参ください。

※朱肉を必要とする印鑑を押印してください。
(スタンプ印不可)

今回申請する接種回数の欄に記入してください。

申請日		令和 年 月 日		
申請者	フリガナ	イバラキ ハナコ		電話番号
	氏名	茨木 花子		〇〇〇-△△△-××××
	住所	現在住民登録のある住所を記入してください (被接種者との続柄: 本人)		
被接種者	フリガナ	☒ 申請者に同じ	生年月日	
	氏名		平成 10年 4月 1日	
	住所	☒ 申請者に同じ		
	令和4年4月1日時点の住所	☐ 上記住所に同じ	茨木市	※令和4年4月1日時点で住民登録のあった住所を記入してください
	接種を受けた回数	[1]	[2]	[3]
	接種日	平成 2年 9月10日	平成 2年 11月10日	平成 2年 3月10日
	ワクチンの種類	☐ 2価(サーバリックス) ☒ 4価(ガーダシル)	☐ 2価(サーバリックス) ☒ 4価(ガーダシル)	☐ 2価(サーバリックス) ☒ 4価(ガーダシル)
	医療機関名	〇〇診療所	△△クリニック	〇〇診療所
	申請金額	円 (ア)	円 (イ)	円 (ウ)
	合計金額 ((ア) + (イ) + (ウ))		円	

助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

(申込 申請 先 口座 名義)	金融機関名	〇〇 銀行 金庫 農協	店名	△△ 本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	フリガナ	イバラキ ハナコ
	口座番号	左詰め 1 2 3 4 5 6 7	口座名義	茨木 花子

※申請者本人名義に限る

[同意]

審査のため、私及び被接種者の住民基本台帳を茨木市長が閲覧することに同意します。
また、関係医療機関及び他の地方公共団体に対し、接種の内容及び費用について茨木市長が問合せを行うことに同意します。

申請者 茨木 花子

[添付書類]

- (1) 接種医療機関の領収書等
(2) 接種済証・接種回数を証明する書類等

茨木市 処理欄	R4. 4. 1時点で住民登録確認		確認	受付
	接種時期・接種歴確認			
	必要書類確認			