様式第３号（第４条関係）

令和　　年　　月　　日

高岡市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種償還払請求書

高岡市長　あて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者 | ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 電話番号 |  | 助成対象者との続柄 |  |
| 被接種者 | ふりがな | □申請者と同じ |  | 生年月日 | 　年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 現住所 | □申請者と同じ |  |
| 令和４年４月１日時点の住所 | □現住所と同じ |  |

高岡市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種の償還払い要綱第４条の規定に基づき、

下記のとおり請求します。

１　助成申請金額

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種名 | 回数 | 接種年月日 | 接種費用（Ａ） | ※高岡市記入欄 |
| 市の委託単価（Ｂ） | 交付決定金額※ＡとＢのいずれか低い額 |
| 子宮頸がん予防ワクチン |  |  | 円 | 円 | 円 |
| 子宮頸がん予防ワクチン |  |  | 円 | 円 | 円 |
| 子宮頸がん予防ワクチン |  |  | 円 | 円 | 円 |
| 接種費用合計金額 | 円 |  |
| 交　付　決　定　合　計　金　額 |  | 円 |

２　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先銀行 | 　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　　　　本店金庫　　　　　　　　　　　　　　　　支店農協　　　　　　　　　　　　　　　　出張所 |
| 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義（申請者名義） | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
|  |

【添付書類】

①予防接種費用の領収書の原本（費用の額及び接種回数を証明できる書類。お返しできません。）

②母子健康手帳、接種済証等に記載された接種記録の写し

③（②が添付できない場合）高岡市ヒトパピローマウイルス感染症に係る接種償還払申請用証明書（様式第４号）

④振込先口座の確認ができるもの（通帳、キャッシュカードの写し等）

※令和７年３月31日までに、高岡市健康増進課へ申請してください。