



令和4年4月1日現在で大和市に住民登録がない方は、本様式を使用できません。

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成申請書

令和 年 月 日

大和市長 殿

申請者 住 所：

電 話： ()

ふりがな

氏 名： 印

被接種者との続柄：

※申請できるのは接種を受けた本人、又はその保護者に限ります。

標記について、大和市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用の助成に関する要綱第4条に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

ふりがな		
被接種者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
被接種者生年月日	平成 年 月 日	
被接種者現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒
令和4年4月1日 時点の被接種者住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒 大和市
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（サーバリックス） <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（ガーダシル）	
予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日 (申請分のみ記載)	1 回 目	年 月 日
	2 回 目	年 月 日
	3 回 目	年 月 日
申 請 金 額 (申請分のみ記載)	1 回 目	円
	2 回 目	円
	3 回 目	円
		合計 円
接 種 医 療 機 関	名 称	
	住 所	
	電話番号	
※複数の医療機関で接種した場合、この欄に名称・住所・電話番号を記載		

※裏面も確認・記入願います。

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、大和市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
キャッチアップ接種*を受けましたか。「はい」の場合、接種回数と接種を受けた自治体名を右欄にご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ____回・_____
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
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 書類の不足はない
申請内容に偽りがあった場合や、相違があり、支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

*平成9年度から平成17年度生まれの女性で、過去にヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種において合計3回受けていない方について、令和4年度から令和6年度末までの期間、公費で接種することができます。このほか、平成18・19年度生まれの方は通常の接種対象の年齢を超えても、令和6年度末まで接種ができます。

【提出書類】

被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し

※申請者と被接種者が異なる場合は、双方のもの

※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）など、いずれかひとつ

接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）

※原本に限ります。

接種記録が確認できる書類（親子健康手帳（母子健康手帳）「予防接種の記録」欄及び出生届出済証明ページの写し等）

※申請者と被接種者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。