

様式第1号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

名護市長 殿

表記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	印	接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	現住所	〒	連絡先	

*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。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と		生年		
	氏名	同じ		月日		
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ				
	令和4年4月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と 同じ				
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン				
	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
	接種医 療機関	名称				
住所						
電話						
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称/住所・TELを記載						

申請額	接種回数	窓口負担額 (A)	上限額 (B)	申請額(A, B比較して低い額)
	1回目	円	円	円
	2回目	円	円	円
	3回目	円	円	円
	合計金額	円	円	円

上記申請額のとおり請求します。

※黒枠の部分は記入しないで下さい。

