様式第1号（第5条関係）

年　　月　　日

（あて先）岐阜市長

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

　標記について、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 |  | 接種を受けた者との続柄 |  |
| 氏名 |  |
| 現住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |

※ 申請できる方は、原則として接種を受けた本人又はその保護者（接種を受けた本人が成年である場合にあっては、当該者の保護者であった者）に限ります。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＨＰＶワクチンの接種を受けた者 | フリガナ | □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 | 〒 |
| ワクチンの種類 | □ 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス） |
| □ 組換え沈降4価HPV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）※ 金額を証する書類がない場合は、別表の金額 | 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 |  |
| TEL |  |
| ※ 複数の医療機関で接種した場合、以下に残りの接種医療機関の名称、住所及びTELを記載してください。 |

（別表）

|  |  |
| --- | --- |
| 接種を受けた年度 | HPVワクチンの基準単価 |
| 平成26年度 | 15,860円 |
| 平成27年度 | 15,920円 |
| 平成28年度 | 15,920円 |
| 平成29年度 | 15,940円 |
| 平成30年度 | 15,940円 |
| 令和元年度（平成31年4月～令和元年9月） | 15,940円 |
| 令和元年度（令和元年10月～令和2年3月） | 16,240円 |
| 令和2年度 | 16,270円 |
| 令和3年度 | 16,270円 |

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 岐阜市が必要と認めるときは、この申請に係る事務の範囲内で、住民基本台帳、医療機関等の情報について、閲覧、調査等を行うことに同意しますか。 | □はい | □いいえ |
| キャッチアップ接種を受けましたか。受けた場合は、接種回数及び接種を受けた自治体名を記載してください。 | □いいえ | □はい　 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の費用について費用の助成を受けたことがありますか。 | □いいえ | □はい |
| 提出に必要な書類を紛失・廃棄等している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問合せを行いましたか。 | □はい | □いいえ |
| 申請内容に虚偽、相違等があり、支給要件に該当しないことが判明した場合には、支給済みの助成金を返還することに同意しますか。 | □はい | □いいえ |

【提出書類】

　1　接種費用の額及びその支払の事実を証する書類（領収書等）

　2　ＨＰＶワクチンの接種を確認することができる書類の写し（母子健康手帳、予防接種済証、接種済みの記載がある予診票等）（これらの書類がない場合にあっては、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用証明書（様式第2号）に代えることができます。）

　3　申請者の本人確認書類（運転免許証、個人番号カード、健康保険証その他の官公署が発行したものに限る。以下同じ。）の写し

　4　交付対象者のうち保護者（当該者が成年である場合にあっては、当該者の保護者であった者）その他市長が特に認めた者が申請する場合にあっては、次に掲げる書類

(1)　この申請に係る被接種者の本人確認書類

(2)　この申請に係る被接種者との関係を証する書類（戸籍謄本等）

　5　助成金の振込先の口座（申請者本人の口座に限る。）を確認することができる書類（預金通帳の写し等）

6　その他市長が必要と認める書類