

第2号様式（第7条関係）

申請者（本人）口座に振り込みます。本人の氏名を記入・押印をお願いします。

HPV 申請期限は接種した日の翌年度の9月末までです。

費用助成申請書 2023年 8月 1日

下と同じ印を押印ください。

中野

男子HPVワクチン任意予防接種費用について、次の

1 申請者

住 所	中野区中野4-8-1		
氏 名	中野 太郎	電話番号	03(3382)6500

朱肉を利用する印を明確に押印してください。読み取れない場合は、再度ご提出いただく必要があります。

2 助成対象者

住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日 (満 歳)
任意予防接種の接種日	<input type="checkbox"/> 接種年月日 1回目	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種年月日 2回目	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種年月日 3回目	年 月 日	

3 振込先口座（※申請者と異なる口座名義人への振り込みは裏面委任状が必要です。）

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協		支店
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

原則、被接種者本人名義の口座をご記入ください。他名義人口座への振込みは裏面委任状が必要です。

4 申請額

円

助成上限額（1回につき） 4価HPVワクチン 17,578円

助成額を超えた場合、超えた分は自己負担となります。助成額以下の場合、支払った金額を記入してください。

5 添付書類

- 接種記録の分かる領収書（原本）
- 予診票などの接種記録（写し）

領収書は日付・金額・医療機関名・接種名等の内容が記載されている原本が必要です。記載がない場合は、明細を添付してください。

申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望される場合、下記に記入・押印をお願いします。

## ※ 委 任 状

年 月 日

私は、次の者を代理人（受任者）と定め、男子HPVワクチン任意予防接種費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

委任者（申請者）

氏名

\_\_\_\_\_

印