

様式第1号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書

年 月 日

小城市長 様

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	☐ 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			
		☐ 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		
	申 請 金 額 (申請分のみ記載)	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、下記に名称・住所・TEL を記載					