

別記様式第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

令和 年 月 日

矢板市長 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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日	
	氏名				
	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
	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・電話番号を記載					