

様式 第1号 (第4条関係)

鳥羽市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

鳥羽市長

住 所 _____

申請者氏名 _____

電話番号 _____

鳥羽市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用について下記のとおり申請します。また、この決定に関する事務手続の処理のため、鳥羽市が保有する個人情報を閲覧し、又は調査すること、及び医療機関等に問い合わせ、当該医療機関等から報告又は回答を受けることについて同意します。

被 接 種 者	フリガナ			申 請 者 との 続 柄
	氏 名			
	生年月日	年	月 日	
	現 住 所			
	令和4年4月1日時点 の住所			
	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			
振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所	
	預金種別	普通	・ 当座	
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			
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費用について他の自治体等から費用の助成を受けたことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		