様式第１号

ヒトパピローマウイルス任意接種助成金交付申請書兼請求書

　年　　月　　日

　いわき市長　様

　任意接種助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請及び請求をします。

**太枠の中をご記入ください**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 |  | |  | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 住所 | | 〒  いわき市 | | | | |
| 請求者  （本人または保護者） | 氏名 | | 続柄（　　　　　） | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | |
| 任意接種の種類 | | 実施医療機関 | | 接種日 | 請求額 | 市記入欄 | |
| 市の契約単価 | 助成金額 |
|  | |  | | 年　月　日 | 円 | 円 | 円 |
|  | |  | | 年　月　日 | 円 | 円 | 円 |
|  | |  | | 年　月　日 | 円 | 円 | 円 |
| 合計金額 | | | | | 円 |  | 円 |

※助成金額は、請求額と市の契約単価のいずれか低い金額となります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 銀行・農協・信用組合  　　信用金庫・労金 | | 支店・本店  支所・出張所 | | | | | | |
| フリガナ |  | 口座番号 | | | | | | |
| 口座名義人氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |

市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| （　　　　　　　　）地区保健福祉センター　確認欄 | 保健所　確認欄 |
| * 医療機関発行の領収書・明細書の写し（無い場合は支払い証明書） * 接種を確認できる書類（下記の内いずれか）   　□ 母子（親子）健康手帳の写し（出生届済証明、予防接種の記録ページ）  □ 接種後の予診票の写し   * 請求者の口座名義の通帳の写し（銀行名・支店・口座番号・氏名確認） | 保健所受理日  　　　　　　年　　月　　日 |