

八王子市長 殿

フリガナ
氏名（自署）

申請者 現 住 所

電 話 番 号

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請書

以下のとおり八王子市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成要綱第4条の規定に基づきヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金の交付を申請します。

申請金額 ￥ 円（下記の合計申請金額を記入してください。）

予防接種を受けた方	フリガナ 氏 名		申請者との続柄	
	生 年 月 日	平成 年 月 日	性別	女
	住 所 <small>※令和4年4月1日時点の住所</small>	〒八王子市		
ワクチンの種類 <small>※いずれかに○を付けてください</small>		回数 <small>※接種した回数を記入してください</small>	申請額 <small>※実際に支払った額を記入してください。支払った額が不明な場合は、17,109円と記入してください。</small>	
サーバリックス (組換え沈降2価)	ガーダシル (組換え沈降4価)	回目	円	
サーバリックス (組換え沈降2価)	ガーダシル (組換え沈降4価)	回目	円	
サーバリックス (組換え沈降2価)	ガーダシル (組換え沈降4価)	回目	円	
合計申請金額 (申請額の合計)			円	

【添付書類チェック欄】

 領収書（原本。ワクチンごとの料金明細がわかるもの。） 償還払いを受けようとする者の接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し

※ 添付確認後☑を入れてください。不明点など、医療機関に内容確認をすることがあります。

予防接種費用助成金交付決定通知書等の送付先

 現住所 その他（〒)

【提出先】 〒192-0046 八王子市明神町三丁目19番2号

八王子市保健所 保健総務課 予防接種担当 TEL 645-5102 FAX 644-9100

【市処理欄】

算定後申請金額（交付額）

円

丁 決 裁	このことについて、八王子市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成要綱第6条の規定に基づき別紙のとおり交付決定してよろしいか。			起 案	令和 年 月 日	受付印	
				決 裁	令和 年 月 日		
				施 行	令和 年 月 日		
課長	主査	主任	係	公印管守者	文書審査	文書取扱主任	起 案 者
				1部			
情報公開・非公開の区分		部分公開（第2号個人情報）		保存年限		5年	