

記入上の注意

※消せるボールペンや修正テープ等は使用しないで下さい

申請者

フリガナ 氏名 (自署)

現住所

電話番号

振り込み口座と同じ方の氏名・住所等をご記入ください。

合計金額を転記してください

症予防接種費用助成金

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金の交付を申請します

実際に接種した方の氏名・生年月日等をご記入ください。住所は令和4年(2022年)4月1日時点の住所をご記入下さい。

申請金額 52,109 円 (下記の合計申請金額)

予防接種を受けた方	フリガナ 氏名	申請者		
	生年月日	平成 年 月	領収書の金額を転記してください。	
	住所 ※令和4年4月1日時点	〒八王子市		
※	接種したワクチンの種類を○で囲んでください	接種回数をご記入ください	領収書がない場合、「17,109円」とご記入ください。	
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)	1 回目	20,000 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)	2 回目	15,000 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)	3 回目	17,109 円	
【添付書類チェック欄】			合計申請金額 (申請額の合計)	52,109 円

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

住所以外に送付先を指定する場合は、その他に☑チェックして、送付先住所をご記入ください。

【市処理欄】

算定後

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ほしいか。			起 案	令和 年 月 日	受付印	
課長	主査	主任	係	決 裁	令和 年 月 日		
				施 行	令和 年 月 日		
				公印管守者	文書審査		文書取扱主任
情報公開・非公開の区分			部分公開 (第2号個人情報)	1部	保存年限	5年	