

竜王町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書

竜王町長

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
被接種者との続柄 _____
電話番号 _____

竜王町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。なお、当該申請の審査のため、住民基本台帳および医療機関等における情報について資料を閲覧されることに同意します。

1. 被接種者

ふりがな		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"/> 上記に同じ 竜王町		

2. 申請額

ワクチンの種類	1回の助成額	接種回数	申請金額
<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	16,750円	回	金 円

3. 接種日および接種医療機関

接 種 日	① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日
医療機関名	

(必要書類)

- 被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し
- 予防接種を受けたことを証明する書類（母子健康手帳の写し、予診票の写し等）