

# 記入例

様式第1号（第5条関係）

富士見市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用補助金交付申請書

令和 4 年 9 月 1 日

（宛先） 富士見市長

申請者は、  
「富士見市ヒトパピローマウイルス感染症に  
係る任意接種費用補助金交付請求書」の  
請求者と同じ方のご記入をお願いいたします。

住所 富士見市鶴馬3351-2  
氏名 増進 花子  
電話番号 049（252）3771  
被接種者との続柄（ 母 ）

富士見市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用補助金の交付を受けたいので、補助金等の交付手続等に関する規則第4条の規定により、次のとおり申請します。

- 1 交付申請額 (空欄) 円  
2 実施内容

被接種者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	そうしん はなみ	生年	平成 12 年
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	増進 花美	月日	9 月 1 日
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ			
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン <input checked="" 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		平成	令和	30 年 12 月 1 日
	2回目		平成	令和	31 年 2 月 1 日
	3回目		平成	令和	元 年 6 月 1 日
申請金額 (申請分のみ記載)	1回目				16,000 円
	2回目				16,000 円
	3回目				16,000 円
接種医療機関名 (所在地)	△△△クリニック 埼玉 都道府県 富士見 市区町村				

【裏面に続く】

### 3 添付書類

- 領収書その他予防接種の種類が記載された支払を証する書類又は様式第2号
- 予防接種の接種状況を確認することができる予防接種済証又は母子健康手帳の写し又は様式第3号

#### 誓約・同意事項

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、富士見市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
キャッチアップ接種を受けましたか。 はいの場合、接種回数と接種を受けた自治体名をご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ____回・_____
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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や、相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ