

山形村ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）山形村長

申請者 氏 名 印  
 接種を受けた者との続柄（ ）  
 住 所  
 電話番号

※申請できるのは接種を受けた本人、又はその保護者に限ります。  
 ※氏名については、記名押印又は自署のいずれかとしてください。

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請と請求をします。

また、申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について山形村が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	平成	年
	氏名				月	日
	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"/> 現住所と同じ	〒 390-1301 山形村			
	予防接種を受けた年月日/申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	年	月	日	円
2回目		年	月	日	円	
3回目		年	月	日	円	
助成金額		円 (※村で記入します)				

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 金庫 農協		支店 出張所 支所
	口座種別 (○で囲む)	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※申請者と口座名義人が異なる場合、上記口座名義人に、請求に伴う支払額の受領を委任します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

【提出書類】

- 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）
  - 上記「接種記録が確認できる書類」が提出できない場合、山形村ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請用証明書（様式第2号）
  - 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限ります。
- ※必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。