

様式第1号（第4条関係）

(表)

赤太枠をご記入ください。※記載方法がわからない場合は
予防接種係(04-7185-1634)までお問合せください。

我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金交付申請書

我孫子市長 あて

年 月 日

申請者 住 所
氏 名
電話番号

◇平成9年4月2日から平成17年4月1日に生まれた女性の方が対象です。

我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
被接種者氏名		(年齢)	(歳)
令和4年4月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 申請者の現住所と同じ 我孫子市		
ワクチンの種類	<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		
接種費用の額	(1回目)	円	接種年月日 年 月 日
	(2回目)	円	接種年月日 年 月 日
	(3回目)	円	接種年月日 年 月 日

(裏)

添付書類

- 1 HPVワクチンの任意接種の接種日、回数及び種類を確認することができる書類（母子健康手帳の写し等）又は我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種証明書
- 2 HPVワクチンの任意接種に係る領収書
- 3 被接種者の令和4年4月1日における住所が確認できる住民票の写し
（次の同意書により同意した場合は、省略可）

同意書

私は、我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金の交付の決定に当たり、住民基本台帳及び医療機関等における予防接種に係る情報について、市職員が確認することに同意します。

我孫子市長 あて

被接種者の氏名

住民票の写しがない場合は
必ず、被接種者の署名をお願い
します。