

別記

第1号様式（第4条関係）

本様式を使用できるのは、令和4年4月1日  
時点で大田区に住民登録がある方に限ります

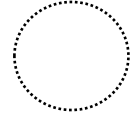
ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症に係る任意接種費用助成申請書

（宛先）大田区長

年 月 日

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

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



【申請者】 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。

フリガナ		接種を受けた	
※氏名	㊟	方との続柄	
現住所	〒		
電話番号			

【接種を受けた方】

フリガナ		生年	
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	月日	年 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"/> 申請者と同じ	〒	
予防接種を 受けた年月日 (申請分)	1回目	■接種日： 年 月 日	■領収書添付： 有 ・ 無
	2回目	■接種日： 年 月 日	■領収書添付： 有 ・ 無
	3回目	■接種日： 年 月 日	■領収書添付： 有 ・ 無

【振込先口座】 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。

金融機関名	銀行		金融機関コード			
	信用金庫	支店				
	信用組合	出張所	店番号			
預金種目	1 普通	2 当座	※口座番号(右づめ)			
フリガナ						
※口座名義						

●申請書内の※部分は訂正できません。

●口座名義人が申請者以外の場合は、委任状が必要となります。

【提出書類チェック欄】

(1) 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、予防接種済証等）

〈上記（1）が提出できない場合は、接種した医療機関が発行する下記証明書の提出が必要〉

ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症に係る任意接種償還払い申請書用証明書（別記第2号様式）

(2) 振込先口座の確認書類（通帳又はキャッシュカードなど、口座名義及び口座番号がわかるものの写し）

(3) 接種費用の支払を証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等） ※原本に限ります。

〈上記（3）の添付がない場合は、区が定める額を助成額とする〉