

様式 1

### 子宮頸がん予防ワクチン任意接種費用助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 長岡市長様

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、支給決定された助成金については下記の振込先に振り込んでください。

※太枠内と裏面をご記入ください。

申請者	氏名		被接種者との関係	
	現住所	〒 昼間の連絡先電話番号 ( )		

※申請できるのは接種を受けた本人(被接種者)、又はその保護者に限ります。

被接種者	氏名		生年月日	年 月 日
	令和4年4月1日時点の住所	〒		
	接種日	裏面に記入のとおり		

※令和4年4月1日時点で長岡市住民登録がある方が対象となります。

振込先	金融機関名	銀行、信金 農協、信組 労金							店・支店 出張所	
	預金種別	普通当座	口座番号							
	フリガナ									
	口座名義人(申請者名義)									

裏面にも記入欄があります

----- 以下長岡市記入欄 -----

上記の申請について、以下のとおり決定よろしいでしょうか。

受付

課長	課長補佐	係長	係	起案	・	・
				決裁	・	・

助成する ・ 助成しない

支給決定額

円

支出命令番号

支	出	命	令	番	号
1	2	3	4	5	6
				-	

**【接種内容】**（申請分のみ太枠内を記入してください）

子宮頸がん予防 ワクチン接種	接種年月日	助成金額 （※長岡市が記入）
1 回目	年 月 日	
2 回目	年 月 日	
3 回目	年 月 日	
		計 円

**【誓約・同意事項】** ※該当する項目に☑を入れてください。

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、長岡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 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右記にご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____回・_____
本申請分の子宮頸がん予防ワクチン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 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

**【添付書類】**

振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）

※申請者と振込先口座の名義が異なる場合、委任状が必要です。

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）

※接種記録が確認できる書類は必須です。

書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行又は「子宮頸がん予防ワクチン任意接種費用助成申請用証明書」を交付してもらい、添付してください。

※申請者と被接種者が異なる、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。

※接種医療機関からの書類再発行や証明書交付に係る文書料等は、助成の対象外です。

（参考）助成額

接種日	助成額
平成 26 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日	15,676 円
平成 28 年 4 月 1 日～令和元年 9 月 30 日	15,702 円
令和元年 10 月 1 日～令和 4 年 3 月 31 日	16,040 円