

様式第1号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種等償還払い申請書

（あて先）うるま市長 宛

見本

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。

申請者	フリガナ	ウルマ タロウ	接種を受けた者との続柄	父
	氏名	うるま 太郎		
	現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 沖縄県うるま市みどり町〇丁目〇番地 〇〇アパート〇号室		
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

※申請できるのは接種又は予診を受けた本人、又はその保護者に限ります。

被接種者等	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	ウルマ ハナコ	生年月日	平成〇年〇月〇日	
	氏名		うるま 花子			
	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 checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン サーバリックス				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン ガーダシル				
	予防接種（予診）を受けた年月日 （申請分のみ記載）	1回目	令和2年	4月	1日	
		2回目	令和2年	5月	1日	
		3回目	年	月	日	
	申請金額 （申請分のみ記載）	1回目	16,590円	合計		
2回目		16,590円				
3回目		円	33,180円			
実施医療機関	名称	〇〇クリニック				
	住所	沖縄県うるま市みどり町〇丁目〇番地				
	TEL	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載						

