

子宮頸がん予防ワクチン接種費用助成金交付申請書

年 月 日

立川市長 殿

申請者 氏 名 立川 太郎 印

(自署の場合は、押印を省略することができます。)

住 所 立川市和泉町1156-9

電 話 012-345-6789

子宮頸がん予防ワクチン接種費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。
なお、助成を受けるために必要な範囲内において、市の住民基本台帳及び医療機関等へ確認することに同意します。

1 被接種者

ふりがな 氏 名	立川 花子	生年月日	平成14年2月22日
住 所 (令和4年4月1日時点)	立川市 高松町3-22-9		

2 申請金額 49,500 円 (下記の合計申請金額を記入してください。)

接種回数	ワクチンの種類	支払額	申請額
1回目	サーバリックス (組換え沈降2価) ・ ガーダシル (組換え沈降4価)	16,500 円	16,500 円
2回目	サーバリックス (組換え沈降2価) ・ ガーダシル (組換え沈降4価)	16,500 円	16,500 円
3回目	サーバリックス (組換え沈降2価) ・ ガーダシル (組換え沈降4価)	16,500 円	16,500 円
合計申請金額			49,500 円

3 関係書類

- (1) 領収書等(ワクチンごとの料金明細がわかるもの)の写し
- (2) 当該接種歴が確認できる書類(母子健康手帳、予防接種済証等)
- (3) 子宮頸がん予防ワクチン接種費用助成金申請用証明書(第2号様式) ※(1)(2)の代わりとして