

芦屋市長あて

芦屋市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書 兼 請求書

子宮頸がん予防ワクチン任意接種に係る費用の償還払いを、下記のとおり確認の上、必要書類を添付して申請・請求します。

- 【確認事項】 申請内容について、芦屋市から医療機関等に照会を行うことに同意します。
 支払を受ける任意接種費用について、金融機関口座振込をもって、当方が受領したものと認めます。
 本申請のヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用について、他自治体で助成を受けたことはありません。
 本申請内容に偽りや相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用の返還に応じます。

- 【添付書類】 領収書（接種に要した費用のわかるもの。接種内容の記載がない場合、明細書等も必要。）の原本
 接種済みの予診票または予防接種済証または母子健康手帳の予防接種記録欄の写し
※ 領収書の原本がない場合、その他添付資料により当該予防接種を受けたことが確認できた場合、償還払いが可能な場合がありますので、領収書以外の書類を添付してご申請ください。

- 【決定通知書について】 支払いが決定した場合、振込の5日～1週間程度前に市から決定通知書を送付します。
通知書は申請者の住所に送付しますが、別の送付先を希望する場合のみ、下記にご記入ください。

(決定通知書送付先) 住所：〒

申請者 (請求者)	フリガナ		被接種者 との続柄	本人 ・ 父 ・ 母 その他 ()	
	氏名	Ⓜ			
	住所	〒			
被接種者	フリガナ		生年月日	平成 年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 同上			
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 同上			
被接種者の 令和4年4月1日 時点の情報	フリガナ				
	氏名	<input type="checkbox"/> 同上			
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 同上			
委任欄 (※被接種者が申請日時点で18歳以上、かつ、申請者と被接種者が異なる場合のみ記入必須)		私は、上記申請者を代理人と定め、本申請に限り一切の権限を委任します。 委任者(被接種者氏名)： _____ Ⓜ			
接種 の 状 況	接種年月日		接種を受けた医療機関名 (カッコ内に医療機関のある市町村名)	接種に要した金額 (又は、要した金額が不明の場合は基準額【裏面 別表1参照】)	
	1回目	年 月 日	()	円	
	2回目	年 月 日	()	円	
	3回目	年 月 日	()	円	
	予診のみ	年 月 日	()	円	
申請額(太枠内の合計)				円	
振込 先	金融機関名	銀行 ・ 信金 信用組合 ・ 農協		銀行コード	
	支店名	支店 ・ 支所		支店コード	
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯金 ・ その他 ()		口座番号(右つめて記入)	
	口座名義人	フリガナ			
	氏名				

※ 原則、申請者と口座名義人は同一としてください。もし、異なる場合は、口座名義人を本償還金の受取代理人とします。

以下、職員記載欄

処理番号	領収書原本	接種証明	審査決定金額	処理日	処理者

【別表1】 領収書を紛失し、接種に要した費用が不明な場合の償還基準額

接種を受けた日	基準額
H24.4.1~H25.3.31	16,200円
H25.4.1~H26.3.31	16,092円
H26.4.1~H27.3.31	16,221円
H27.4.1~H28.3.31	16,221円
H28.4.1~H29.3.31	16,243円
H29.4.1~H30.3.31	16,243円
H30.4.1~H31.3.31	16,243円
H31.4.1~R1.9.30	16,243円
R1.10.1~R2.3.31	16,544円
R2.4.1~R3.3.31	16,610円
R3.4.1~R4.3.31	16,610円