

中津市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成申請兼請求書

中津市長あて

令和 年 月 日

任意接種費用の助成を申請し、必要書類を添えて下記の金額を請求します。

助成金額は下記の口座に振り込んでください。

申請・ 請求者	フリガナ	被接種者との続柄		本人・保護者
	氏名	電話番号		

※申請できるのは接種を受けた本人、またはその保護者に限ります。

被 接 種 者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	生年月日		年 月 日		
	氏名						
	現住所	中津市					
	令和4年4月1日時点の住所		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ				
	ワクチンの種類		<input 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)		
	接種年月日 (申請分のみ記載)	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日	3回目	年 月 日
	申請金額 (申請分のみ記載) (上限額の範囲内)	1回目	円	2回目	円	3回目	円
		合計					円
	接種医療機関	名称				電話番号	
		住所					
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載							

金融機関コード

店番コード

振 込 先 口 座	金融機関名	銀行・農協・信用金庫 ・信用組合・労働金庫						本店・支店 ・出張所
	預金種目	普通・当座	口座番号					
	フリガナ							
	口座名義人							

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄に記入してください。

私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。
令和 年 月 日 申請・請求者氏名

【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、中津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
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせを行いましたか。	<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

HPV（子宮頸がん予防）ワクチンの任意接種の費用助成

対象者（下記のすべてに該当する方）

- ・ HPV（子宮頸がん予防）ワクチンのキャッチアップ接種の対象者（平成9年4月2日～平成17年4月1日生まれの女性）のうち、定期接種の対象年齢（小学校6年～高校1年相当の期間）を過ぎて、HPVワクチンを令和4年3月31日までに自費で受けた方
- ・ 令和4年4月1日時点で中津市に住民登録がある方

対象となるワクチン

- ・ 2価 HPV ワクチン（サーバリックス）または4価 HPV ワクチン（ガーダシル）
※ 9価 HPV ワクチン（シルガード9）は対象外です。

助成内容

- ・ 最大3回分までの接種費用 1回上限 16,588円
※ 上限額は変更される可能性があります。
※ 接種記録が確認できる書類を提出できない場合の1回あたりの助成額 13,000円

申請期限

- ・ 令和7年3月31日まで

申請手続き

- ・ 中津市役所こども家庭センター（または各支所総務・住民課）に以下のものを持参してください。
 - ① 中津市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成申請兼請求書
※ 申請金額欄は記入せずにお持ちください。窓口で記載します。
 - ② 申請者及び被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し
※ 申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ
 - ③ 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書又は支払い証明書等）
※ 被接種者氏名、接種日、ワクチン名、ワクチン毎の料金、医療機関名が記載されているもの
※ 原本に限ります。
 - ④ 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」欄または予診票等）
※ ④を用意できない場合は、「ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成申請用証明書」を提出して下さい。なお、医療機関で証明を受ける際に発生する文書料は、助成の対象にはなりません。
 - ⑤ 振込先が分かるもの（金融機関の通帳の写し等）
- 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。
- 申請書等を審査した後に、指定された金融機関の口座に助成金を振り込みます。

〈問合せ先〉

中津市役所 こども家庭センター 母子保健係 ☎0979-22-1170（直通）