

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

年 月 日

能勢町長

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		接種を受けた者 との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請できるのは接種を受けた本人、又はその保護者に限ります。

被接種者情報	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	氏名				
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	令和4年4月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	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）			
	予防接種を受けた年月日 (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)	1回目	円	合計	円
2回目		円			
3回目		円			
接種医療機関	名称				
	住所				
	電話番号				
※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。					