

瑞穂町長 あて

瑞穂町男性HPVワクチン任意予防接種費用助成金申請書兼請求書

瑞穂町男性HPVワクチン任意予防接種費用助成金事業要綱第6条の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

申請者	フリガナ		接種を受けた人との続柄	
	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。

接種を受けた人	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日	
	氏名					
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒			
	接種日（申請分のみ記載）			申請金額（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				
			合計	円		

裏面を記入してください。

私が受領する接種費の給付について、次の指定口座への振込みを依頼します。

振込先	金融機関		銀行・信用金庫 農協・信用組合	本・支店						
	預金種目	普通・当座	口座番号							
	口座名義人	フリガナ								

申請者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

<p>【委任状】</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名（自署）</p>
--

【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及び医療機関等における情報について、瑞穂町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
この申請書を、瑞穂町において助成金の交付決定をした後は接種費の請求書として取り扱うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
本申請分の男性HPVワクチン任意予防接種費用について、他の市町村から費用の助成その他これに相当する給付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ときや不正の行為により助成金の交付を受けたときは、交付済みの助成金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