

第1号様式（第4条関係）

伊東市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用助成金支給申請書

年 月 日

伊東市長 様

ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用助成金を申請します。

なお、この申請に基づく支給決定に当たり、伊東市が保有する情報について閲覧又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

※申請者は接種を受けた本人又はその保護者に限る。

申請者	住所	〒 ー		
	フリガナ氏名		被接種者との続柄	
	電話番号	ー ー		

被接種者	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (右欄記載不要)		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (右欄記載不要)	〒 ー	
	生年月日	年 月 日		

ワクチンの種類			□2価（サーバリックス） □4価（ガーダシル）	
1回目	接種年月日		年 月 日	
	接種医療機関		接種費用	円
2回目	接種年月日			
	接種医療機関	<input type="checkbox"/> 1回目と同じ (右欄記載不要)	接種費用	円
3回目	接種年月日			
	接種医療機関	<input type="checkbox"/> 1回目と同じ (右欄記載不要) <input type="checkbox"/> 2回目と同じ (右欄記載不要)	接種費用	円
計				

添付書類

- 回数・金額・実費を支払った事実が確認できる書類の原本（領収書等）
- 接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳、予防接種済証、接種証明書、予診票等）又は伊東市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用助成金支給申請用証明書（第2号様式）