

(別紙確認用紙)

【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、壱岐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。	☐ はい ☐ 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御記載ください。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ いいえ

【提出書類】

☐ 被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）

※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

☐ 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）

☐ 予防接種記録がない場合は裏面の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用証明書（接種医療機関が記入）

※接種医療機関で申請用証明書発行の手数料等は自己負担となります

※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、追加の書類の提出を求めることがあります

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用証明書

令和 年 月 日

壱岐市長 殿

(被接種者情報) ※申請者が記入

住 所：

氏 名：

生年月日：

上記の者がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種したことを証明します。

ワクチン の 種 類	☐ 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）		
	☐ 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	接種年月日	ロット番号	接種量
	1 回目		0.5 ml
	年 月 日		
	2 回目		0.5 ml
	年 月 日		
	3 回目		0.5 ml
年 月 日			

実施医療機関：

電話番号：

医師署名又は記名押印：