

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

申請先 泉南市長

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	ふりがな		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	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日	
	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"/> 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(サーバリクス)				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン(ガーダシル)				
		<input type="checkbox"/> その他()				
	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		
		2回目	円			
3回目		円	円			
接種医療機関	名称					
	住所					
	TEL					
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載						
(裏面あり)						