

様式第1号（第4条関係）

HPVワクチン任意接種に係る費用助成申請書

（あて先）室蘭市長

令和 年 月 日

標記の件について、以下のとおり申請するとともに、この申請に関し、必要に応じて住民基本台帳及び医療機関への確認を行うことに同意します。

○申請者（被接種者又はその保護者）

フリガナ 氏名		被接種者 との続柄	
現住所			
電話番号			

○被接種者（申請者と異なる場合のみ記入してください。）

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
現住所			

○振込先口座（申請者）

金融機関名	銀行・信用金庫 労働金庫・組合		本店・支店 出張所	
金融機関コード			店舗コード	
預金種別	普通・当座	口座番号		
口座名義 (カタカナ)				

○添付書類

- (1) 任意接種の事実が確認できる書類（母子健康手帳の「予防接種の記録」等）の写し
- (2) 任意接種の支払を証明する書類（領収書、明細書、支払証明書等）の原本
- (3) 振込先口座の通帳、キャッシュカード等の写し