様式第１号（第４条関係）

豊岡市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費助成金申請書兼請求書

豊 岡 市 長　様

別紙証拠書類を添えて、標記の助成金について次のとおり申請します。なお、請求内容審査のため、豊岡市が医療機関等へ内容の照会をすることを承諾します。

年　　月　　日

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	氏　　名			
	現住所・電話番号	〒 （電話番号　　－　　－　　）		

被接種者	フリガナ	□申請者と同じ		生年月日	年　月　日
	氏　　名				
	現 住 所	□申請者と同じ	〒		
	2022年４月１日時点の住所	□現住所と同じ	〒		
	ワクチンの種類	□組み換え沈降２価ＨＰＶワクチン			
		□組み換え沈降４価ＨＰＶワクチン			
	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		
	請 求 金 額（請求分のみ記載）	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			
		電話番号			
	※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載				

上記助成金については、次の口座に振込みを依頼します。

振込先	金融機関		口座番号	口座名義人
	銀　行 信用金庫 農　協	本店 支店	普通 当座	フリガナ

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

私は、上記口座名義人に接種費用の受領を委任します。

年　　月　　日

申請者氏名　　印