

ヒトパピローマウイルス感染症に係るキャッチアップ接種費助成金交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

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	フリガナ			接種を受けた者との続柄		
	氏名					
	住民票上の住所 (接種日時点)	〒				
	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					
	住民票上の住所 (接種日時点)	申請者と同じ	〒			

申請出来るのは接種を受けた本人、又はその保護者に限ります。

接種したワクチン名の□に✓を入れ、接種日及び接種費用を記載してください。

回数	接種したワクチン	接種日	接種費用
1回目	サーバリックス(2価)	令和 年 月 日	円
	ガーダシル(4価)	令和 年 月 日	円
	シルガード9(9価)	令和 年 月 日	円
2回目	サーバリックス(2価)	令和 年 月 日	円
	ガーダシル(4価)	令和 年 月 日	円
	シルガード9(9価)	令和 年 月 日	円
3回目	サーバリックス(2価)	令和 年 月 日	円
	ガーダシル(4価)	令和 年 月 日	円
	シルガード9(9価)	令和 年 月 日	円

私が受領する接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協						本店 支店 支所
		金融機関コード				支店番号		
	預金種別	普通 ・ 当座						
	口座番号							
	口座名義人(カナ)							

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、下記に記入をお願いします。

委任状
私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。
令和 年 月 日
申請者氏名

【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）

申請時住所記載のマイナンバーカード(表面のみ)、運転免許証、健康保険証（両面）などひとつ

申請するワクチンの予診票（原本又は写し）

申請するワクチンのワクチン名、接種日、金額のわかる領収書（原本又は写し）

接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）

振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）

【注意事項】

・接種日に金沢市に住民登録のある平成9年4月2日から平成20年4月1日生まれの女性が令和6年4月1日から令和7年3月31日までに県外で接種した子宮頸がん予防接種費を助成します。

・県外で定期予防接種を受けるときは、健康政策課から事前に「予防接種実施依頼書」の交付を受けてください。

・申請期限は、接種日の1年後の月末までです。

・1回の接種につき、各ワクチンの助成限度額まで助成します。ただし、実際の接種費用が助成限度額を下回るときは、その接種費用を助成します。

【提出先】 郵送（〒920-8577 金沢市広坂 1-1-1 金沢市健康政策課）又は健康政策課

【お問合せ】 金沢市健康政策課 TEL（076）220-2701

（各ワクチンの助成限度額）

ワクチンの種類	助成限度額
サーバリックス（2価）	16,590 円
ガーダシル（4価）	16,590 円
シルガード9（9価）	29,150 円