

江東区長 殿

江東区ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンに係る男性
任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

捨印欄

標記について、関係書類を添えて提出します。

申請者	フリガナ		被接種者との 続 柄
	氏 名	㊟	
	現 住 所	〒	TEL

※ 申請することが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	フリガナ	<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	〒			
	接種日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所 と同じ	〒			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン <input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン				
	予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日 (請求分のみ記載)	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	請求金額合計 (金額訂正不可) 円		
		2回目	円			
	3回目	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は、下の空欄に接種を行った医療機関の名称、住所及び電話番号を記載してください。						