

書き方見本

令和〇年〇月〇日

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

捨印欄
江東

スタンプ印、シャチハタは不可です。朱肉を使う印鑑でご捺印ください。

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	コウトウ ハナコ	被接種者との続柄	母
	氏名	江東 花子		
	現住所	〒135-0016 江東区東陽2-1-1-101	TEL 03-3647-9487	

※ 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	コウトウ ケンタ	生年月日	平成〇〇年〇月〇日
	氏名	江東 健太		
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	
	接種日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒	
	ワクチンの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4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	令和〇年〇月〇日	
		2回目	令和〇年〇月〇日	
		3回目	令和〇年〇月〇日	
	請求金額 (請求分のみ記載)	1回目	17,666円	請求金額合計 (金額訂正不可) 52,998円
		2回目	17,666円	
3回目		17,666円		
接種医療機関	名称		助成金の上限は1回分あたり17,666円です。実際にお支払いした金額がこの金額を超えていても、17,666円までの請求となります。	
	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				

この欄の金額訂正は出来ないため、誤りの無いようご記入ください。(捨印による訂正も不可です。)

助成金の上限は1回分あたり17,666円です。実際にお支払いした金額がこの金額を超えていても、17,666円までの請求となります。