

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		

※ 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 type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン <input checked="" 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	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	30,069円	請求金額合計 (金額訂正不可) <div style="text-align: center; color: red; font-size: 1.2em;">90,207円</div>	
		2回目	30,069円		
	3回目	30,069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を記載してください。					

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。)

助成金には上限がありません。実際にお支払いした金額が上限の金額を超えていても、上限の金額までの請求となります。