別記第１号様式（第４条関係）

　　　年　　月　　日

　　江東区長　様

江東区子宮頸がん予防ワクチンに係る任意接種費用助成金

捨印欄

交付申請書兼請求書

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 | | □申請者と同じ |  | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 氏名 | |  |
| 現住所 | | □申請者と同じ | 〒 | | | |
| 令和４年４月１日時点の住所 | | □現住所と同じ | 〒 | | | |
| ワクチン  の種類 | | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン | | | | |
| □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 | 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。 | | | | | | |
|  | | | | | | |