

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
 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	〒			
	令和4年4月1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2価HPVワクチン				
		<input 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	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)		
	2回目	円				
	3回目	円	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。						