

書き方見本

令和〇年〇月〇日

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  
 交付申請書兼請求書

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

※ 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	コウトウ コトミ	生年月日	平成15年4月2日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	江東 コトミ			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒			
	令和4年4月1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2価HPVワクチン <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3年6月1日			
		2回目	令和3年8月2日			
		3回目	令和3年12月3日			
	請求金額 (請求分のみ記載)	1回目	17,578円	}	請求金額合計 (金額訂正不可) <hr style="border: 1px solid red;"/> 52,734円	
		2回目	17,578円			
3回目		17,578円				
接種医療機関	名称	東京都江東区東陽4-1-1-28				
	住所	健康づくり病院				
	TEL	03-3647-9111				
※ 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17,578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、17,578円までの請求となります。