

年 月 日

岡谷市長 殿

岡谷市ヒトパピローマウイルスワクチンキャッチアップ接種に係る
 県外定期予防接種費給付申請書兼請求書

申請者	住所			
	氏名		被接種者	
	電話		との続柄	

岡谷市ヒトパピローマウイルスワクチンキャッチアップ接種に係る県外定期予防接種費の給付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。

なお、この申請及び請求に関し、市が被接種者の住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

被接種者 (接種を受けた人)	(フリガナ) 氏名			
	生年月日	年 月 日	(歳 か月)	
	住所			
	保護者			
接種内容	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン(サーバリックス) (上限額 R4: 15,730円 R5: 15,730円 R6: 15,840円)		
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン(ガーダシル) (上限額 R4: 15,716円 R5,R6: 15,708円)		
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン(シルガード9) (上限額 R5: 28,138円 R6: 26,510円)		
	接種回数	接種年月日	医療機関名	支払金額(円)
	1回目			
	2回目			
	3回目			
請求額	※支払金額が上限額以上の場合は、接種した年度の上限額で計算した金額を記入のこと 金 額 円			
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 支所・出張所
	種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

●振込先の口座名義人は、必ず申請者の名義の口座にしてください。

※①の金額が、②を上回る額の場合は、②の額を上限金額として支給します。

- ① 医療機関に対し支払った接種費用額
- ② 予防接種を受けた日に属する年度の、岡谷市と長野県医師会との委託契約のHPV定期接種に係る委託単価（単価はワクチンの種類欄の上限額を参照）