

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書

令和 年 月 日

上関町長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者 との続柄	
	氏名			
	現住所			
	電話番号			

※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"/> 申請者 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 (申請分のみ記載)	1回目		年	月	日
		2回目		年	月	日
		3回目		年	月	日
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目		円	合計	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、下記に名称・住所・TELを記載。						