

坂井市長 様

申請者（被接種者）

現住所

氏 名

（※）

（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください

（※）申請時に被接種者が18歳未満の場合は、保護者氏名を記入してください

電話番号

坂井市子宮頸がん（HPV）ワクチン接種費助成金交付申請書兼請求書

補助金等の交付を受けたいので、坂井市補助金等交付規則の規定により、次のとおり申請します。
 なお、市に対して納付又は納入すべき税の納付状況について市長が調査すること、接種した医療機関等に問い合わせすることに同意します。

1 補助年度	年度			
2 補助金等の名称	坂井市子宮頸がん（HPV）ワクチン接種費助成金			
3 補助事業等	(1) 名称	坂井市子宮頸がん（HPV）ワクチン接種費助成事業		
	(2) 目的	経済的負担の軽減及び女性の健康保持に寄与することを目的とする		
	被接種者	(3) 氏名と生年月日	(年 月 日生)	
		(4) 現住所		
		(5) 令和4年4月1日時点住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	
3 補助事業等	(6) 接種年月日 (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	
	(7) 接種医療機関名 (申請分のみ記載)	1回目		
		2回目		
		3回目		
	(8) 接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス） <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）		
	4 補助金等の交付申請及び請求額	1回目	円	合計 円
2回目		円		
3回目		円		
5 補助金等の振込先 (申請者名義)	金融機関名・支店名			
	口座種別	普通 ・ 当座		
	口座番号			
	(フリガナ) 口座名義人			
6 添付書類 (提出する書類の□欄を チェック(☑)してください。)	<input type="checkbox"/> 医療機関の領収書（原本、当該接種に要した額がわかるもの） <input type="checkbox"/> 予防接種を受けたことを証明する書類（母子健康手帳等） <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類 （通帳の写し等振込口座が確認できるもの）			

(様式第 1 号別紙)

担当課所見 (注: 申請者の記入不要)

審査事項	<input type="checkbox"/> 自己財源	<input type="checkbox"/> 他補助金等の有無 (国県、他市町村、団体、無)	<input type="checkbox"/> 補助対象等事業費
	<input type="checkbox"/> 補助金等の額	<input type="checkbox"/> 市内に住所を有する者	

【市納税課担当者記入欄】 ※この欄は市の担当課が記入します。

上記の者の市税の滞納状況について		確認印
滞納	あ る <input type="checkbox"/> (現年・過年)	
	な い <input type="checkbox"/>	

※個人情報に関する事項

本同意により得られた情報は、坂井市子宮頸がん (HPV) ワクチン接種費助成金交付申請に関わる目的以外には使用しません。