様式第１号 **記入例**

令和４年４月１日時点で茅ヶ崎市に住民登録がない方は本様式を使用することができません。

茅ヶ崎市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用補助金交付申請書

申請日を記入　令和　●年　●月　●日

（宛先）茅ヶ崎市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について茅ヶ崎市が必要と認めるときは調査を行うことに同意し

申請日に住民票のある郵便番号・住所・連絡の取れる電話番号（または携帯電話）をご記入ください。

※偽りその他不正 を取り消し、補助金の返還を命じる場合があります。

※申請できるのは被接種者本 ます（なお、被接種者が１８歳未満の場合は保護者申請も可）。

申請者	フリガナ	チガサキ　タロウ		接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	茅ヶ崎　太郎			
	現住所	〒　●●●－●●●●　茅ヶ崎市○○１－２			
	電話番号	●●●●－●●－●●●●			
被接種者	フリガナ	☑申請者と同じ		生年月日	平成　●年　●月　●日
	氏名				
	現住所	☑申請者と同じ	〒		
	令和４年４月１日時点の住所	☑現住所と同じ	〒 茅ヶ崎市		
	申請金額 （申請分のみ記載） （限度額１８，０９５円）	１回目	１７，０００　円	合計 ５１，０００　円	
		２回目	１７，０００　円		
		３回目	１７，０００　円		

【提出書類】

☑申請者の本人確認書類の写し（窓口申請時は提示）

☑接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）

※原本に限ります。書類をお持ちでない場合は、健康増進課へお問い合わせください。

☑接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し、医療機関発行の証明書等）

※ワクチンの種類、回数、日付、ロットNoがわかるものをご提出ください。

職員記入欄	本人確認書類 □マイナンバーカ □その他（		（収受印）
	受付者	郵送	

担当者記入欄ですので、
<u>未記入</u>でお願いします。