

令和〇年〇月〇日

水戸市長 様

住所 水戸市〇〇町〇〇-〇
 氏名 水戸 花子
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
 被接種者との関係 母

男性へのヒトパピローマウイルス感染症予防接種補助金交付申請書

男性へのヒトパピローマウイルス感染症予防接種補助金の交付を受けるため、令和6年度水戸市男性へのヒトパピローマウイルス感染症予防接種補助金交付の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 交付申請（請求）額 48,900円

2 接種状況等

被接種者	(フリガナ) 氏名	ミト タロウ 水戸 太郎		
	生年月日	平成〇年〇月〇日		
	住所	水戸市〇〇町〇〇-〇		
予防接種を受けた年月日及び医療機関の名称 (申請分のみ記載)		接種年月日	医療機関名称	
	1回目	令和〇年〇月〇日	〇〇小児科医院	
	2回目	令和〇年〇月〇日	〇〇小児科医院	
	3回目	令和〇年〇月〇日	〇〇小児科医院	

補助金申請を行う接種した回数に応じた金額を記載してください。

※1回あたりの単価は、接種料金か16,300円のいずれか低い金額で計算してください。

例：17,000円で3回接種した場合
 ・16,300円×3回 = 48,900円

例：15,000円で3回接種した場合
 ・15,000円×3回 = 45,000円

例：17,000円で1回、15,000円で2回の合計3回接種した場合
 ・16,300円 + 15,000円×2回 = 46,300円

3 添付書類

- (1) ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種の記録が確認できる書類
- (2) 被接種者の生年月日が分かる書類
- (3) 当該年度に初めて補助対象予防接種を受けた日から当該補助金の申請をし、引き続き本市の住民基本台帳に記録されている者であることを証する書類
- (4) 補助対象予防接種に係る費用の支払を証する書類
- (5) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

補助金申請を行う予防接種の接種日と病院名を記載してください。

例：3回分を申請する場合
 ・1回目～3回目まで全て記載

例：3回目の接種をせず1～2回目の2回分を申請する場合
 ・1回目と2回目を記載

例：1～2回目の2回分の申請が済みであり、3回目分のみ申請する場合
 ・3回目を記載

4 同意事項（□にレを入れてください。）

支給要件の該当性等を審査等するため、市長が必要な住民基本台帳情報等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に求めることに同意します。

注 この申請書は、市長が交付決定をした後は、令和6年度水戸市男性へのヒトパピローマウイルス感染症予防接種補助金の請求書として取り扱います。

✓いただくことで、添付書類のうち、3(2)及び3(3)の書類の添付が不要になります。

✓した場合でも、3(1)と3(4)の書類は添付してください。

3(1) ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種の記録が確認できる書類の例

- ・母子健康手帳の写し、予防接種済証の写し など

3(2) 補助対象予防接種に係る費用の支払を証する書類の例

- ・領収書、領収証、支払証明書、レシート など

※記載された金額が予防接種に係る費用であること、支払日（領収日）、医療機関名が分かるもの