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予診票交付申請書

令和　　年　　月　　日

水戸市長　様

　　　　申請者 氏　　名

〒

住　　所 　水戸市

電話番号

≪注意事項≫　よくお読みいただき，□に✓をしてください。

○　この予防接種は，水戸市独自の助成のため，助成をうけるには水戸市内の実施医療機関で接種しなければなりません。

接種の際は，実施医療機関一覧で対象となる医療機関をご確認ください。

○　この制度は，予防接種法に基づかない，任意の予防接種に対する費用助成になります。

万が一，予防接種を受けたことによる健康被害が起きた場合は，予防接種法ではなく，独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく補償となります。

□　上記の注意事項を確認したので，下記のとおり，水戸市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票の交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　 |
| 住民票に記載の住所 | 〒水戸市 |
| 今までに接種したHPVワクチンの回数 | □ ０回（３枚申請）□ １回（２枚申請）□ ２回（１枚申請） | ※接種の履歴が分かるものを添付してください。　例：母子健康手帳（氏名・生年月日が分かるページと予防接種の記録の全部のページ），予防接種済証など |

同意事項（□にレを入れてください。）

　□　被接種者が水戸市民であることの確認等のため，市長が必要な住民基本台帳情報等の公簿等の確認を行うことに同意します。

※　同意しない場合は，住民票など，被接種者の住所がわかるものを添付してください。

 【事務処理欄】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 受付 | 　 審査 | 交付日 | 交付方法 |
|  | ／ | □ 接種歴□ 住　所 | ／ | □ 窓口□ 郵送 |