

様式第1号（第5条関係）

川越町ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

川越町長 様

申請者 フリガナ 氏名 \_\_\_\_\_  
 現住所 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、申請いたします。

被 接 種 者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ				
	氏 名					
	生年月日	平成	年	月	日	
	令和4年4月1 日時点の住所	三重県三重郡川越町				
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			
接種日及び申請金額	1回目	年	月	日	円	合計申請金額  円
	2回目	年	月	日	円	
	3回目	年	月	日	円	
接種医療機関	名称					
	所在地					
	電話番号					

振込口座

金融機関名	支店名	分類	口座番号	口座名義
銀行 金庫 信組 農協 漁協	本店 支店 支所 出張所	普通 当座	右詰で記入してくだ さい。	カナ又はアルファベット（通帳 の表記）で記入してください。

※ ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）をご記入  
 ください。

1. 申請者及び枠の中を記入してください。
2. 添付書類
  - ア. 医療機関発行の領収書（原本）
  - イ. 接種記録が確認できる書類（接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載  
 がある予診票等の写し）