第１号様式（第５条関係）

ヒトパピローマウイルス（HPV)ワクチン任意接種助成事業償還払込請求書

年　　月　　日

相馬市長

住所　　相馬市

請求者　氏名　　㊞〔対象者との続柄　　〕

電話番号

私は、定期接種年齢（小学６年生から高校１年生相当）を過ぎてから任意で接種を受け、その費用を自己負担しましたので、次のとおり、ヒトパピローマウイルス（HPV)ワクチン任意接種助成事業に係るワクチン接種費用を請求します。

＜請求額内訳＞

※接種料金欄には、領収書の金額を記入してください。

※支払請求額は、償還払限度額が上限となります。償還払限度額と接種料金のいずれか低い金額を記入してください。

接種ワクチン	回数	接種日	償還払限度額	接種料金	支払請求額
ヒトパピローマウイルス（HPV）２価ワクチン（サーバリックス）	１回目	．　．	16,830 円	円	円
	２回目	．　．	16,830 円	円	円
	３回目	．　．	16,830 円	円	円
ヒトパピローマウイルス（HPV）４価ワクチン（ガーダシル）	１回目	．　．	16,830 円	円	円
	２回目	．　．	16,830 円	円	円
	３回目	．　．	16,830 円	円	円
支 払 請 求 額（計）					円

接　種 対象者	住所	相馬市		
	氏名		生年月日	平成　　年　　月　　日生 接種当日の年齢　（　　歳）

振込先 金融機関	銀行　　本店 信用金庫　　支店	預金種別	１普通　　２当座 （該当を○で囲む）
フリガナ 口座名義		口座番号	

＜添付書類＞

①ヒトパピローマウイルス（HPV)ワクチン予防接種済証の写し等接種を証明するもの

②領収書（原本）

＜注意＞

①振込先の口座名義は、請求者と同じ名義になります

②訂正されるときは、訂正印を押印してください（金額の訂正は訂正印でも不可）