

様式第1（第5条関係）

（表）

小牧市子宮頸がんワクチン任意接種補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）小牧市長

申請者（保護者）

住 所 〒

フリガナ

氏 名

接種を受けた者との続柄（ ）

生年月日

電話番号

小牧市子宮頸がんワクチン任意接種補助金の交付を受けたいので次のとおり申請します。

記

1 補助申請額 _____円

2 被接種者

氏 名 _____（ 年 月 日生）

現住所 〒 _____

令和4年4月1日時点の住所 〒 _____

ワクチンの種類 組換え沈降2価HPVワクチン

組換え沈降4価HPVワクチン

予防接種を受けた年月日・申請金額（申請分のみ記載）

※1回分の補助申請金額は、接種費用の額又は17,358円のいずれか少ない方の額

1回目（ 年 月 日） ・ _____円

2回目（ 年 月 日） ・ _____円

3回目（ 年 月 日） ・ _____円

合計申請金額 _____円

(裏)

接種医療機関

名 称 _____

住 所 _____

電話番号 _____

※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号
を記載

()

他の市区町村から同種の補助金等を受けていないか 受けていない
受けている

※過去に決定した補助金の交付に係る調査等、補助金の交付の決定
のため他の市区町村の関係機関に対し、必要な資料の提供を求め、又
は事実の確認若しくは聴取を行うことがあります。

3 添付書類

- (1) 第3条第1項第3号の規定により負担した接種費用の額及び接種回数を
証明できる書類の原本
- (2) 補助金に係る任意接種の記録が確認できる親子(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
- (3) その他市長が必要と認める書類

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。