



ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書

荒川区長 殿

年 月 日

申請者 ※振込口座名義人と同一にすること  
(郵便番号) -

住 所

氏 名

電話番号 ( )



下記のとおり予防接種費用の償還払いを申請します。  
なお、この申請に当たり、被接種者の住民基本台帳を確認することについて、同意します。償還額については、下記口座への振込みを希望します。

記

被接種者氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
	〒 荒川区 丁目 番 号 屋間の連絡先 電話 ( )		
住所 (令和4年4月1日時点) <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ			

予防接種に要した費用	円 (裏面内訳の ※1 の金額)
請求金額	円 (裏面内訳の ※2 の金額)

振込希望先 ※いわゆるネット銀行等、振込できない金融機関があります。詳細はお問合せください。

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店	金融機関 支店コード	金融機関				支店		
口座種別	01 普通 ・ 02 当座	口座番号								
口座名義 ※申請者同一の名義にすること	(カタカナ) (漢 字)									

申請に必要なもの

- ① ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書（本用紙）
- ② 医療機関の領収書（接種費用の明細が分かるもの）  
※原本に限る
- ③ 予防接種済予診票又は予防接種の記録のある母子健康手帳又はヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請用証明書
- ④ 印鑑（認印）※インキ浸透式スタンプは不可
- ⑤ 振込希望先を確認できるもの ※郵送の場合、写し（例：預金通帳の写し）

申請期限 令和7年3月31日



接種費用・請求金額の内訳

(裏面)

予防接種の種類		接種年月日	自己負担金 ア	上限額 イ	償還額 アとイの低方	接種医療機関 ※注
HPV	1回目	年 月 日	円	接種完了 17,578 円	円	
	2回目	年 月 日	円		円	
	3回目	年 月 日	円		円	
合計			※1 円	—	※2 円	—

注)複数の医療機関で接種したときは、予防接種の種類ごとに接種した医療機関の記号(A・B・C)を記入してください。

接種医療機関

A	医療機関名	医師名
	所在地	
B	医療機関名	医師名
	所在地	
C	医療機関名	医師名
	所在地	