



荒川区任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書  
(男子HPV ワクチン予防接種用)

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) -

現住所

氏名

昼間の連絡先 電話 ( )



下記のとおり男子HPV ワクチン予防接種費用の助成金の交付を申請します。  
なお、本申請に当たり、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。  
助成金については、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
住所 (被接種時)	荒川区	丁目	番	号	

接種医療機関	医療機関住所			
	医療機関名			
種別	接種年月日	接種に要した 費用(実額)(A)	助成上限額 (B)	(A)と(B)の いずれか少ない方 の金額(C)
ガーダシル1回目	年 月 日	円	17,578円(4~5月)	円
			17,666円(6~3月)	
ガーダシル2回目	年 月 日	円	17,578円(4~5月)	円
			17,666円(6~3月)	
ガーダシル3回目	年 月 日	円	17,578円(4~5月)	円
			17,666円(6~3月)	
合計請求額(D) ※生活保護世帯の方は(A)を記入			円	

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 ※申請者と同一の名義 にすること	(カタカナ)									
	(漢 字)									

申請に必要なもの

- ・荒川区任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（本用紙）
- ・医療機関の領収書 ※原本に限る
- ・母子手帳 ※郵送の場合、出生届出済証明欄の写し及び予防接種の記録の分かる欄の写し
- ・印鑑（認印）※インキ浸透式スタンプは不可、また郵送の場合、指定の箇所（2か所）に押印すること
- ・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）
- ・（生活保護世帯の方）証明できる書類の写し

申請期限 接種日から1年以内