

様式第1号（第4条関係）

子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）に係る任意接種償還払い申請書

令和 年 月 日

（あて先）仙台市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	氏名	印		
	現住所	〒		
	電話番号			

※1 申請できるのは接種を受けた本人（18歳未満の場合は保護者）又は本人より委任を受けた保護者に限ります。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日	
	氏名					
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒			
	令和4年4月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）				
	予防接種を受けた年月日 （申請分のみ記載）	1回目	年 月 日			
		2回目	年 月 日			
		3回目	年 月 日			
	申請金額 （申請分のみ記載）	回数	医療機関へ支払った実費 （実費が証明できない場合は市助成額を記入）※2 【A】	市が定める上限額（実費が証明できない場合は市助成額を記入）※2 【B】	申請額 【AとBのうち少ない額】	
		1回目	円	円	円	
		2回目	円	円	円	
3回目		円	円	円		
				合計	円	
接種医療機関	名称					
	住所					
	TEL					
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載						

※2 市が定める上限額や市助成額は別表に基づき記入をお願いします。

