

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金交付申請書

申請日 令和 年 月 日

西東京市長 宛

申請者 氏名 _____ (続柄 _____)

〒 _____
住所 _____

電話 _____ (_____)

※申請できるのは接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

西東京市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金交付要綱第4に基づき、必要書類を添えて助成金を申請及び請求します。

この助成を受けるために必要な範囲内において、公簿の確認及び医療機関への問合せを行うことに同意します。

予防接種を受けた方	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	(生年月日) 平成 年 月 日
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒	(電話) <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	<input type="checkbox"/> サーバリックス (2価)	<input type="checkbox"/> ガーダシル (4価)

回数	接種日	支払額	助成上限額	請求額	接種医療機関
1	年 月 日	円	円	円	名称： 住所： 電話：
2	年 月 日	円	円	円	名称： 住所： 電話：
3	年 月 日	円	円	円	名称： 住所： 電話：
合計				円	

※請求額は、接種費用と助成上限額のいずれか低い方の金額になります。

※申請期間は、令和7年3月31日までです。

助成金は次の口座に振り込んでください。

金融機関名		支店名		種別	口座番号				口座名義 (カタカナ)
コード		コード		普通					
銀行		支店		当座					

※接種を受けた本人又は費用を負担した保護者の口座を記入してください。

- <必要書類>
- 1 接種記録が確認できる書類 (母子健康手帳の写し又は予防接種済証等)
 - 2 接種費用を支払ったこと及びその額を確認できる書類 (原本)

收受印

助成金交付額
円

裏面も記入
してください。

入力	確認	審査	受付

該当する項目を○で囲み、必要事項を記入してください。

<p>1 キャッチアップ接種（※）を受けましたか。 「はい」の場合、接種回数と接種を受けた自治体名を記入してください。</p> <p>（※）子宮頸がんワクチン予防接種の接触的な案内の差控えにより接種機会を逃した方が、令和7年3月31日までの間（予定）に限り、無料で接種を受けることができる制度です。</p>	<p>はい ・ いいえ ↓ _____回 ↓ ・ 西東京市で接種 ・ _____市・区 で接種</p>
<p>2 今回申請するヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用について、他の市区町村から費用助成を受けたことがありますか。</p>	<p>はい ・ いいえ</p>

【参考：助成上限額】

予防接種を受けた日	上限額（1回）
平成 25 年 4 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日	15,930 円
平成 26 年 4 月 1 日～平成 27 年 3 月 31 日	16,385 円
平成 27 年 4 月 1 日～令和元年 9 月 31 日	16,515 円
令和元年 10 月 1 日～令和 4 年 3 月 31 日	16,821 円