

南国市子宮頸がんワクチン自己負担接種費用助成申請書

ふりがな					接種者生年月日
接種者氏名					年 月 日
接種者住所					接種者電話番号
接種医療機関名					
助成申請額	※③の助成申請額は、①の支払額が②の助成限度額を超える場合又は領収書がない等支払った額の証明ができない場合は②の助成限度額を記入し、それ以外の場合は①の支払額を記入してください。				
	回数	接種年月日	①支払額	②助成限度額	③助成申請額
	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
合 計					円
子宮頸がんワクチン自己負担接種費用について、助成を受けたいので、南国市子宮頸がんワクチン自己負担接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。					
年 月 日					
南国市長 様					
申請者 住 所					
氏 名					
印					
(本人自筆の場合は押印不要)					
電話番号					
接種者との関係					

添付書類

- (1) 領収書等の医療機関に支払った子宮頸がんワクチン自己負担接種費用の額を証明する書類の原本
- (2) 子宮頸がんワクチン接種済証明書又は母子健康手帳の出生届出済証明欄及び接種記録欄の写し