

滑川市男性への HPV ワクチン任意予防接種費助成申請書

年 月 日

滑川市長 あて

申請者 住 所

氏 名

電話番号

助成対象者との続柄 父親・母親・その他()

滑川市男性への HPV ワクチン任意予防接種費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

ふりがな 助成対象者氏名	生年月日・年齢		住 所	
-----	平成	年 月 日	滑川市	
	(	歳)		
助成対象ワクチン名	助成回数	助成金額	有効期限	
4価ワクチン(製品名:ガーダシル)	3回	接種費用の全額	発行の日を含め1年間	
同意事項(全項目に☑が入る場合のみ助成の対象となります)				
☐ 助成対象者は滑川市に住民票を有している男性です。 ☐ 助成対象者は HPV ワクチン任意予防接種費について、過去に滑川市から助成を受けたことがありません。 ☐ 本助成券の有効期限は、発行日から1年間又は 16 歳となる日の属する年度の末日のいずれか早い日であること、有効期限を過ぎて使用した場合はこの助成制度の対象外となることについて了解しました。 ☐ 本制度を利用する HPV ワクチンの接種は個人の意思による任意接種であり、それにより生じた結果について滑川市は責任を負わないことについて了解しました。				

市民健康センター記入欄

受付番号	受付日	受付者	確認者	処理結果	本人確認(来所時)
	/			手渡・郵送 ・却下	マイナンバーカード・運転免許証・ その他()