支給決議	支給額	円	理事長	常務理事	担当理事	事務長	次長	担当者	台帳
	決定年月日	年　月　日							
	支給年月日	年　月　日							

子宮頸がん予防ワクチン（10～45 歳）
接 種 補 助 金 申 請 書

被保険者証 記号	被保険者証 番号	接種した方の氏名 生年月日・年齢	続柄	接種日	
千歯国		年　月　日（　）		1回目 年　月　日	3回目 年　月　日
				2回目 年　月　日	
接種費用額		円	子宮頸がん予防ワクチン接種分とわかるもの **※ 領収証 添付**		
送金方法（〇をつけて下さい）		1．組合に登録済みの各人の給付金口座に振込 2．組合に登録済みの先生の給付金口座に振込			

自治体からの助成の確認　お住まい地の市区町村より助成がある場合があります。
市区町村からの発行物等をご覧いただき、助成がある場合はそちらもご活用ください。

【下記の質問にお答えください】

質問1　自治体からの助成を受けている、またはこれから受ける予定がありますか。
（ は　い ・ いいえ ）
→「は い」と答えた方のみ、お答えください。

質問2　お住まいの市区町村名をご記入ください。
（　　）

質問3　添付している領収証は助成を受けた後のものですか。
（ は　い ・ いいえ ）

上記のとおり申請します。　令和　年　月　日

申請人（組合員）　住　所
氏　名　　㊞

千葉県歯科医師国民健康保険組合理事長　様

対象年齢　10 歳～45 歳の女性の被保険者

補助内容　3回接種で 15,000 円まで
＊3回接種終了後の申請となります。補助金支給は1人1回限りとなります。

DL