

子宮頸がんワクチン任意接種費用の償還払いについて

対象者

- ・令和4年4月1日時点で浦添市民の方。
- ・平成9年4月2日～平成17年4月1日の間に生まれた女性
- ・17歳になる日の属する年度の初日～令和4年3月31日の間に自己負担で接種した方
- ・接種したワクチンが2価サーバリックスもしくは4価ガーダシルの方
- ・公費負担でHPVワクチンを接種したことがない方、または公費負担でのHPVワクチン接種を1～2回しか接種したことがない方

申請に必要な書類

- ・領収書(日付、金額、接種者名、医療機関名、ワクチンの種類、ワクチン毎の金額が記載されたもの)
- ・浦添市予防接種費用償還払い申請書兼請求書(窓口に用意しています)
- ・接種した方の通帳の写し等(金融機関名・支店名・口座番号・口座名義がわかるもの)
- ・接種した方の身分証の写し

※振込先口座を代理人(親など)の口座にする場合は委任状が必要です。下記の委任状に記入をお願いします。

申請期間

令和7年3月31日まで