

実施依頼書発行番号	
発行日	年 月 日

横浜市予防接種費用償還払い申請書（成人用肺炎球菌専用）

令和 年 月 日

（申請先） 横浜市長

次のとおり予防接種費用の申請をします。

申請期限：接種翌年度の3月31日まで（必着）

1 「申請する方」について記入・押印してください。

※申請できるのは「接種を受けた方」または、代理人の方に限ります。

フリガナ		接種を受けた方との関係	妻 ・ 夫 ・ 子 その他（ ）
氏名	㊟	(日中に連絡できる) 電話番号	- -
現住所	市 区		

2 「接種を受けた方」について記入してください。

フリガナ		生年月日	明治	大正	昭和	西暦
氏名		年 月 日				
接種時の住所 (住民登録地)	<input type="checkbox"/> 申請する方の現住所と同じ（左の□にチェック） <small>（申請する方の現住所と同じ場合は記入不要）</small> 横浜市 区					

3 「自己負担額の区分」についてどちらか一方をチェックしてください。

償還払いの対象は、令和2年2月18日～令和2年6月30日に行った接種分です。

<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌：自己負担（3,000円）あり (市民税が課税されているかたが世帯にいる方)	<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌：自己負担免除対象者 (世帯全員が非課税の方)
---	--

4 「申請金額」を記入してください。

成人用肺炎球菌：自己負担あり

① 医療機関 窓口支払額※ 円

② 自己負担額 3,000円

③ 申請額(①-②) 円

成人用肺炎球菌：自己負担免除対象者

医療機関 窓口支払額 円
(申請額)

※裏面に記載されている自己負担免除対象者であることを確認できる書類のいずれかを添付してください。

【ご注意】 償還払いの対象はワクチン接種費用のみで、治療費や交通費などは対象外です。

5 「振込希望先」を記入してください。（口座番号等が確認できるコピーも添付してください）

銀行 信金 その他	本店 支店 出張 所	口座種別 (いずれかに○) 口座番号 (左づめ)	普通 ・ 当座
口座名義人（カタカトで記入）			

申請する方と口座名義人が異なる場合、下欄にも記入・押印をお願いします。

委任状	私は、次の者に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。			
	受任者 (口座名義人)	住所 氏名	委任者 (申請する方)	住所 氏名 ㊟

6 申請にあたり、提出書類は揃っていますか？（もう一度ご確認のうえ、□にチェックしてください）

<input type="checkbox"/> 母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し または 申請する予防接種済証(予防票)の写し	<input type="checkbox"/> 接種費用の支払いを証明する書類(領収書及び明細書) ※ 原本に限ります。返送希望の方は切手貼付返信封筒を同封。
<input type="checkbox"/> 接種を受けた方の氏名・住所・生年月日確認書類の写し(いずれかひとつ) ※ 接種時住所記載の住民票、乳児医療証、健康保険証(両面)など	<input type="checkbox"/> 振込希望先金融機関の通帳のコピー(口座番号等確認用)
<input type="checkbox"/> 申請書(記載・押印漏れはありませんか? / 口座番号などは正しく記載しましたか?)	<input type="checkbox"/> 自己負担免除対象者であることを確認できる書類(裏面参照) → 郵送料金不足のないようお送りください。

以下の欄は記入しないでください。

横浜市 処理欄	受付	令和 年 月 日			添付書類	<input type="checkbox"/> 接種済証明書 <input type="checkbox"/> 領収書(原本) <input type="checkbox"/> 本人確認書類 <input type="checkbox"/> 振込希望先金融機関の通帳のコピー(口座番号等確認用)	
	審査	確認	償還払い 可否	可	円	否	<input type="checkbox"/> 要件非該当 <input type="checkbox"/> 書類不備 <input type="checkbox"/> その他

接種費用の免除について（自己負担免除対象が確認できる書類）

対象となる方	必要な書類
ア ご本人を含む世帯全員が 市民税非課税世帯の方	①「介護保険料額決定通知書」のコピー （65歳以上の方に毎年6月下旬に送付されます。） ②「介護保険料額通知書」のコピー （①送付以降に65歳になる方は、 誕生日以降（1か月程度）に送付されます。） ③「介護保険負担限度額認定証」のコピー （認定内容が利用者負担第1段階～第3段階の方が対象です。） ④「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」のコピー
イ 生活保護を受けている方	⑤「休日・夜間等診療依頼証」のコピー ⑥「生活保護費支給証」のコピー ⑦「生活保護受給証明書」（原本に限る）
ウ 中国残留邦人等の方で、 支援給付を受けている方	⑧「本人確認証」のコピー
【ご注意】①②⑤⑥については令和2年度（2020年度）のもの、③については適用期間が令和2年8月1日以降のもの、④については発効期日が令和2年8月1日以降のものをご用意ください。	

※ア～ウの条件に該当するが、①～⑧の書類がお手元がない場合

「成人用肺炎球菌ワクチン予防接種自己負担免除対象者確認書」の交付に必要な手続き

- ・手続きは代理の方でも可能です。（代理の方が郵送で申請する場合、本人の委任状及び接種を受ける方の本人確認書類のコピーを同封してください。）
- ・2020年1月1日時点で、本人含む世帯員の中で横浜市外在住の方がいる場合は、手続き内容が変わります。詳しくは区福祉保健課までお問い合わせください。

	区役所窓口での申請	郵送での申請
申請先	区福祉保健課（健康づくり係）	健康福祉局健康安全課
受付期間	7月1日（月）～令和3年3月31日（水） （※土・日・祝日、年末年始を除く）	7月1日（月）～令和3年3月12日（金） （※3月12日までの消印有効）
手続方法	申請手続きには、接種を受ける方の健康保険証、運転免許証など住所・氏名・年齢を確認できるものが必要になります（代理申請を含む）ので、ご持参ください。60歳以上65歳未満の方は身体障害者手帳や診断書を確認させていただきます。 （被接種者の同一世帯員以外の方が代理で申請する場合、代理の方の本人確認のできるもの及び接種を受ける方の印かん又は委任状をお持ちください。）	① 横浜市健康福祉局ホームページより専用の様式を印刷して、必要事項を記入します。または、便せんなどの用紙に、「成人用肺炎球菌ワクチン予防接種自己負担免除申請」及び「自己負担免除の確認となる対象者及びその属する世帯員の市・県民税の課税状況等について調査することに同意します」と明記し、接種を受ける方の住所、氏名（フリガナ）、生年月日、年齢、電話番号を記入します。 ② 返信用の封筒を用意し、住所・氏名・郵便番号を記入し、84円切手を貼付します。（高齢者施設等入所者分の一括申請の場合は、郵送料相当の切手を貼付します。） ③ 上記①②を封筒に入れ、横浜市健康福祉局健康安全課（住所は裏面下部）に送付します。
発行までの期間	原則として申請当日	10日～2週間程度