

記載例  
(様式第1号  
-2)

## 横浜市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) (申請する方の現住所と同じ場合は記入不要) 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日に行った定期接種分です。

<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。

<b>成人用肺炎球菌：自己負担あり</b> 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	<b>成人用肺炎球菌：自己負担免除対象者</b> 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○) 普通 ・ 当座	口座番号 (左づめ)
口座名義人(カタカナで記入)			

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。

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。

委任状	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(予診票)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。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
	審査	確認	償還払い 可否	<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)		
			可		円	否
						<input type="checkbox"/> 要件非該当 <input type="checkbox"/> 書類不備 <input type="checkbox"/> その他

申請から指定された口座への支払いは、2か月程度かかりますので、その頃に指定された口座の入金のご確認をお願いします。  
(通帳等には入金項目として「ワクチン」と表示されます。)

記入にあたって御不明な点がございましたら、ワクチン相談窓口までお願いします。(電話：045-671-4190 FAX：664-7296)