

実施依頼書発行番号	
発行日	年 月 日

福祉保健センター記入

## 横浜市予防接種費用償還払い申請書

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。

**※接種翌年度の3月31日頃までにご提出ください。**

### 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「接種を受けた方の保護者」に限ります。

フリガナ		接種を受けた方との関係	父・母・その他( )
氏名	(印)	(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	平成	令和	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 「接種した予防接種の種類・回数」をチェック・記入してください。

<input type="checkbox"/> ヒブ ( ) 回分	<input type="checkbox"/> 水痘 ( ) 回分
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 ( ) 回分	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 ( ) 回分
<input type="checkbox"/> 四種混合 ( ) 回分	<input type="checkbox"/> 二種混合 ( ) 回分
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ ( ) 回分	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 ( ) 回分
<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> B型肝炎 ( ) 回分
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん ( ) 回分	

### 4 「申請金額」を記入してください。

円 **【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。

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 (印)

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

- 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
- 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。
- 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
- 振込希望先金融機関の通帳等のコピー(口座番号等確認用)
- 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?) → 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	(金額)	否
					円	<input type="checkbox"/> 要件非該当 <input type="checkbox"/> 書類不備 <input type="checkbox"/> その他