

横浜市予防接種費用償還払い申請書

※実施依頼書様式2と発行

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

接種後は速やかに申請してください。特に3月に接種する方は、期間が短いのでご注意ください。

※接種翌年度の3月31日頃までにご提出ください。

申請する方の氏名・住所・電話番号・接種を受けた方との関係を記入します。押印も忘れないようにしてください。

1 「申請する方」について記入・押印

※申請できるのは「接種を受けた方の保護者」です。

フリガナ	ヨコハマ タロウ	接種を受けた方との関係	父・母・その他 ()
氏名	横浜 太郎	(日中に連絡できる) 電話番号	045 090 - XXXXX - XXXXX
現住所	横浜市 中区 港町X-X		

接種を受けた方について記入します。生年月日も忘れずに記入して下さい。

2 「接種を受けた方」について記入してください。

フリガナ	ヨコハマ アオイ	生年月日	平成 () 西暦
氏名	横浜 葵	X 年 X 月 X 日	
接種時の住所 (住民登録地)	<input checked="" 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		

申請する種別にチェックし、回数を記入して下さい。

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 checked="" type="checkbox"/> ヒブ (1) 回分	<input type="checkbox"/> 水痘 () 回分
<input checked="" type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1) 回分	<input checked="" type="checkbox"/> 日本脳炎 (1) 回分
<input checked="" type="checkbox"/> 四種混合 (2) 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"/> B C G	<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 (1) 回分
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん () 回分	

予防接種費用のみが償還払いの対象です。

4 「申請金額」を記入してください。

79,500 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。

預金通帳などを確認しながら間違いがないように記入します。

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)

XXXX (銀行 信金 その他)	XXXX (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)		0 1 2 3 4 5 6	
ヨコハマ ハナミ			

申請する方と口座名義人が異なる場合に記入・押印します。

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 横浜市 中区 港町X-X 氏名 横浜 花美	委任者 (申請する方)	住所 横浜市 中区 港町X-X 氏名 横浜 太郎
-----	-------------	-----------------------------	-------------	-----------------------------

添付書類の確認をします。必要な書類がすべて揃ってから申請してください。

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 checked="" 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 checked="" 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) ※ 原本に限りません。返送希望の方は切手貼付返信封筒を同封。
<input checked="" 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等のコピー (口座番号等確認用)
<input checked="" 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?)	→ 郵送料金不足のないようお送りください。

【申請書等送付先】

〒231-0005 横浜市中区本町6-50-10
横浜市健康福祉局健康安全課 接種費用償還払い担当 宛

・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)