第４号様式

# 横浜市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給申請書

年　　月　　日

（申請先）横 浜 市 長

横浜市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給要綱第９条の規定に基づき、次のとおり助成金の支給を申請しますので、下記口座に振り込んでください。

なお、必要があるときは下記事項について、横浜市が再接種を実施した医療機関に確認を行うことに同意します。

## １　「申請する方」について記入してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | 接種を受けた方との関係 | 父 ・ 母 ・ その他（　　） |
| 氏名 | | （日中に連絡できる）電話番号 | ー　　ー |
| 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 |
| 氏名 | | 年　月　日 |
| 接種時の住所（住民登録地） | ☐ 申請する方の現住所と同じ（左の□にチェック）<br>（申請する方の現住所と同じ場合は記入不要）<br>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。

| | |
|---|---|
| ☐ ヒブ（　）回分 | ☐ 水痘（　）回分 |
| ☐ 小児用肺炎球菌（　）回分 | ☐ 日本脳炎（　）回分 |
| ☐ 四種混合（　）回分 | ☐ 二種混合（　）回分 |
| ☐ 不活化ポリオ（　）回分 | ☐ 子宮頸がん予防（　）回分 |
| ☐ ＢＣＧ | ☐ Ｂ型肝炎（　）回分 |
| ☐ 麻しん風しん（　）回分 | |

【注】B型肝炎は、平成28年4月１日以後に出生した方が、平成28年10月１日以後に接種した分のみです。

## ４　「申請金額」を記入してください。

　　円

【ご注意！】費用助成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<br>信金<br>その他 | 本店<br>支店<br>出張所 | 口座種別（いずれかに〇） | 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。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | 委任者（申請する方） | 住所 | |
| | 氏名 | | | 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）

☐ 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
※ 接種時住所記載の乳児医療証、健康保険証（両面）、住民票など

☐ 振込希望先金融機関の通帳のコピー（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 | 年　月　日 | | | 添付書類 | ☐ 接種済証明書　☐ 領収書（原本）　☐ 本人確認書類<br>☐ 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 | | 費用助成 可　否 | 可 | 金額 | | | | | | 円 | 否 | ☐ 要件非該当<br>☐ 書類不備<br>☐ その他 |