

令和 7 年度带状疱疹予防接種費用償還申請兼請求書

(宛先) 高槻市長

下記のとおり、高槻市が実施する定期予防接種費用の償還について関係書類を添えて申請及び請求します。
自己負担額区分を免除対象者として申請及び請求する場合は、下記の要件に該当することを確認しています。
また、申請内容の審査に関して、市が申請内容及び添付書類について医療機関及び関係機関に照会すること、
並びに償還金の支払いのために必要な範囲で世帯員の市民税課税状況等を閲覧することに同意します。

				年	月	日
被接種者 (委任者)	フリガナ		生年 月日	明・大・昭・西暦		
	氏 名	㊞		年 月 日		
	住 所	〒 5 6 9 - 高槻市		電話 番号		
(代理申請を行う場合)		☐ 私は、次の者に申請及び請求に関する一切の権限を委任します。				
(代理受領を行う場合)		☐ 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。				
申請者 (受任者)	フリガナ		続柄			
	氏 名	☐ 被接種者と同じ ㊞				
	住 所	〒		電話 番号		

振込先	金融機関名	種別	普通 ・ 当座					
	銀行・農協・労金 信用金庫・信用組合	口座番号						
	本店 支店 出張所	口座名義人 (カタカナ)						
	※ ゆうちょ銀行の支店名は漢数字3桁 ※ 被接種者名義 または 接種費用の受領を受任した申請者名義							

① 医療機関での支払額	② 市の定める上限額	③ ①②のどちらか低い額 ※接種したワクチンの 上限額と比較	④ 自己負担額区分		③-④ 請 求 額
円	ビケン® 8, 8 6 0 円	円	課 税 世 帯	ビケン® ☐ 4, 5 0 0 円	円
	シングリックス® ☐ 1 回分 11, 0 0 0 円				
	☐ 2 回分 22, 0 0 0 円				
	☐ 0 円 (免除対象者)				

免除対象者 (申請日において以下のいずれかの要件に該当すること)

- ① 市民税非課税世帯に属する人
- ② 申請日の前年において、世帯員の全員が市民税非課税相当である世帯に属する人
- ③ 生活保護法による生活保護を受給している人
- ④ 中国残留邦人等の支援給付を受給している人

※申請及び請求に必要な書類

- 予防接種を受けたことがわかる領収書の原本 (領収書で内容が確認できない場合は明細や内訳書も提出してください)
- 予防接種済証または予診票の写し
- この申請をする人 (申請を委任する場合は受任者) の本人確認書類 (※郵送申請の場合は写しを提出してください)
- 身体障がい者手帳等 (接種日時時点で満 6 0 歳以上 6 5 歳未満の人のみ)
※郵送申請の場合は写しを同封してください。身体障がい者手帳の場合は氏名・生年月日・住所が記載された部分と個別の障がい名称及び等級が記載された部分の写しを同封。

・・・・・・・・・・・・・・・・市記載欄 【この面には記入・押印しないでください】・・・・・・・・・・・・・・・・

接種 内容	接種日	接種を受けた医療機関	医療機関所在地			
	令和 年 月 日					
☐ 予防接種済証 または ☐ 予診票の写し で確認済みのため記入不要						

本人確認書類	個人番号カード ・ 被保険者証 ・ 運転免許証 その他（ ）					
提出方法 ☐ 窓口 ☐ 郵送	負担区分	☐ 課税世帯 ☐ 免除対象者	受付者	確認者	受付番号	

No.