

## 令和6年度新型コロナウイルス感染症予防接種費用償還申請兼請求書 (申請者の印)

(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<br>(委任者) | フリガナ |                                                         | 生年<br>月日 | 明・大・昭・西暦 |   |   |
|               | 氏名   | 印                                                       |          | 年 月 日    |   |   |
|               | 住所   | 〒569-<br>高槻市                                            |          | 電話<br>番号 |   |   |
| (代理申請を行う場合)   |      | <input type="checkbox"/> 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)   |      | <input type="checkbox"/> 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<br>(受任者)  | フリガナ |                                                         | 続柄       |          |   |   |
|               | 氏名   | <input type="checkbox"/> 被接種者と同じ<br>印                   |          |          |   |   |
|               | 住所   | 〒569-<br>高槻市                                            |          | 電話<br>番号 |   |   |

|                                |                         |  |                 |              |  |  |  |  |  |
|--------------------------------|-------------------------|--|-----------------|--------------|--|--|--|--|--|
| 振込先                            | 金融機関名                   |  | 種別              | 普通・当座        |  |  |  |  |  |
|                                | 銀行・農協・労金<br>信用金庫・信用組合   |  | 口座番号            |              |  |  |  |  |  |
|                                | 支店名<br>出張所名<br>ゆうちょ銀行店名 |  | 本店<br>支店<br>出張所 | 口座名義人 (カタカナ) |  |  |  |  |  |
| ※ 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<br>医療機関での支払額 | ②<br>市の定める上限額 | ③<br>①②のどちらか低い額 | ④<br>自己負担額区分                                                                  | ③-④<br>請求額 |
| 円              | 15,300円       | 円               | <input type="checkbox"/> 3,000円 (課税世帯)<br><input type="checkbox"/> 0円 (免除対象者) | 円          |

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 前年の収入が無い、もしくは所得が45万円以下であった人
- ③ 前年中の収入が《遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他非課税所得》のみだった人
- ④ 生活保護法による生活保護を受給している人
- ⑤ 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60歳以上65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】・・・・・・・・

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

|        |                                                                                  |                                    |                                                                 |     |  |     |         |      |  |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----|--|-----|---------|------|--|
| No.    |                                                                                  |                                    |                                                                 |     |  |     |         |      |  |
| 接種内容   | 接種日<br>令和 年 月 日                                                                  |                                    | 接種を受けた医療機関                                                      |     |  |     | 医療機関所在地 |      |  |
|        | <input type="checkbox"/> 予防接種済証 または <input type="checkbox"/> 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<br>その他 ( ) |                                                                 |     |  |     |         |      |  |
| 提出方法   | <input type="checkbox"/> 窓口<br><input type="checkbox"/> 郵送                       | 負担区分                               | <input type="checkbox"/> 課税世帯<br><input type="checkbox"/> 免除対象者 | 受付者 |  | 確認者 |         | 受付番号 |  |