

令和6年度インフルエンザ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に
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。

代理人に委任される場合は委任事項を
チェックし、受任者欄に署名・捺印して下さい

申請者の印鑑で
押印をお願いします

令和 6年 12月 1日

被接種者 (委任者)	フリガナ	タカツキ タロウ	生年 月日	明・大・昭・西暦
	氏 名	高槻 太郎		18年 1月 1日
	住 所	〒569-0067 高槻市桃園町2番1号		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事務を委任します。
(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事務を委任します。

それぞれの印で押印をお願いします

申請者 (受任者)	フリガナ	イマシロ ハナコ	続柄	長女		
	氏 名	□被接種者と同じ 今城 花子			電話 番号	072-△△△-□□□□
	住 所	〒569-0052 高槻市城東町5番7号				

ゆうちょ銀行の場合は、「漢数字」で3桁です

振込先	金融機関名	種別	普通	当座
	ゆうちょ	銀行 農協・労金 信用金庫・信用組合	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
	支店名 出張所名 ゆうちょ銀行店名	本店 支店 出張所	口座名義人 (カタカナ)	タカツキ タロウ

※ 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

口座番号は7桁以内です

金額の訂正は認められません

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	④ 自己負担額区分	③-④ 請 求 額
4,000円	4,281円	4,000円	☒ 1,500円 (課税世帯) ☐ 0円 (免除対象者)	2,500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		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	