

## 令和6年度成人用肺炎球菌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。

申請者の印鑑で  
押印をお願いします

|               |      |                       |      |                   |
|---------------|------|-----------------------|------|-------------------|
|               |      | 年                     | 月    |                   |
| 被接種者<br>(委任者) | フリガナ | タカツキ タロウ              | 生年月日 | 明・大・昭・西暦<br>年 月 日 |
|               | 氏 名  | 高槻 太郎                 |      |                   |
|               | 住 所  | 〒569-0067<br>高槻市桃園町2番 | 電話番号 |                   |

|             |                                                         |
|-------------|---------------------------------------------------------|
| (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 checked="" type="checkbox"/> 被接種者と同じ |      |  |
|              | 住 所  | 〒569-<br>高槻市                                | 電話番号 |  |

|     |       |      |              |    |   |   |   |   |   |
|-----|-------|------|--------------|----|---|---|---|---|---|
| 振込先 | 金融機関名 | 種別   | 普通           | 当座 |   |   |   |   |   |
|     | ゆうちょ  | 口座番号 | 0            | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|     | 支店名   | 本店   | 口座名義人 (カタカナ) |    |   |   |   |   |   |
|     | 出張所名  | 支店   | 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

|                |               |                 |                                                                                          |            |
|----------------|---------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 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 |
| 8,000円         | 7,498円        | 7,498円          | <input checked="" type="checkbox"/> 7,498円 (課税世帯)<br><input type="checkbox"/> 0円 (免除対象者) | 5,498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。

接種者が申請者と同一の場合はチェックをすることで、申請者欄の記入を省略することができます

ゆうちょ銀行の場合は、「漢数字」で3桁です

金額の訂正は認められません