

(宛先) 高松市長

定期予防接種（B類疾病）自己負担金償還払助成申請書

予防接種法第5条第1項の規定による定期予防接種（B類疾病）の自己負担金について償還払による助成を受けたいので、高松市定期予防接種（B類疾病）実施要綱第12条第2項の規定により、次のとおり申請します。

なお、申請に当たり、公簿等により私及び世帯員の課税状況又は私の生活保護若しくは支援給付若しくは配偶者支援金の受給の有無について確認されることを承諾します。

(被接種者) 申請者	住 所	高松市															
	氏 名											個人番号					
	生年月日	年 月 日			連絡先Tel												
世帯等の状況 該当する区分に☑をしてください。		☐ 生活保護法による保護を受けている者 ☐ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律等による支援給付又は配偶者支援金を受けている者 ☐ 当該年度の市町村民税が非課税である世帯に属する者															
予防接種の種類		☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナワクチン ☐ 成人用肺炎球菌 ☐ 带状疱疹															
委任欄	私は、次の代理人に、定期予防接種（B類疾病）の接種費用の償還払による助成の申請手を委任します。																
	申請者 (印)																
	代理人住所	連絡先Tel										申請者との関係					
	代理人氏名	生年月日										年 月 日					
同一世帯に属する者	氏 名										続柄	生年月日					
	個人番号											年 月 日					
												年 月 日					
												年 月 日					
												年 月 日					
												年 月 日					
											年 月 日						

- 添付書類**
- 1 実施医療機関から受領した当該申請に係る予防接種の領収書・明細書（領収書を紛失した場合は、領収確認書）を添付してください。
 - 2 申請時に、本人確認書類及び個人番号が確認できる書類を提示してください。ただし、1月1日時点で高松市に住民登録がある方は、個人番号の記入及び個人番号が確認できる書類の提示は不要です。また、3に記載の書類を添付する場合は、個人番号の記載及び個人番号が確認できる書類の提示は必要ありません。
 - 3 接種日の属する年度の介護保険料決定通知書兼納入通知書、生活保護受給証明書又は支援給付受給証明書を添付してください。
 - 4 代理人が申請書を提出する場合は、上記委任欄に申請者が記名の上、代理人の本人確認書類もあわせて提示してください。ただし、法定代理人が代理権を証明する書類を提示して申請書を提出する場合は、委任欄の記載を省略することができます。

事務処理欄

受付方法		☐ 窓口 ☐ 郵送	
本人確認	本 人	☐ 個人番号カード	☐ 公的身分証明書 ☐ その他（ ）
	代理人	☐ 個人番号カード	☐ 公的身分証明書 ☐ その他（ ）
課税状況確認		☐ 介護保険決定通知 ☐ 生活保護受給証明書 ☐ 支援給付受給証明書 ☐ その他（ ）	

(宛先) 高松市長

高齢者イ

記入例（本人申請用）

成申請書

予防接種法第5条第1項の規定による定期予防接種（B類疾病）の自己負担金について償還払による助成を受けたいので、高松市定期予防接種（B類疾病）実施要綱第

なお、申請に当たり、公簿等により私及び世帯員の課税状況は配偶者支援金の受給の有無について確認されることを承諾し

1月1日時点で高松市に住民登録がない場合のみ
個人番号の記載をお願いいたします。

1月1日時点で高松市に住民登録がある場合は、
個人番号の記載は不要です。

(被接種者) 申請者	住 所	高松市 桜町1丁目9番12号		
	氏 名	高松 太郎	個人番号	
	生年月日	昭和29年 4月 2日	連絡先TEL	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
世帯等の状況 該当する区分に ☑をしてください。	☐ 生活保護法による保護を受けている者 ☐ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中 偶者の自立の支援に関する法律等による支援給付又は配偶者 ☒ 当該年度の市町村民税が非課税である世帯に属する者			
予防接種の種類	☒ インフルエンザ ☒ 新型コロナワクチン ☐ 成人用肺炎球菌 ☐ 带状疱疹			
私は、次の代理人に、定期予防接種（B類疾病）の接種費用の償還払による助成の申請手を委任し				
同一世帯に属する方全員の 氏名、続柄、生年月日を記載ください。 1月1日時点で高松市に住民登録がない場合 のみ個人番号も記載ください。				
		申請者		印
		申請者との 関係		
		生年月日	年 月 日	
同一世帯に属する者	氏 名	続柄	生年月日	
	個人番号			
	高松 花子	妻	昭和 ×× 年 × 月 × 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

該当のものにチェック☑

添付が必要な書類

- ① 本人確認書類（郵送で提出の場合は写し）
※ 1月1日時点で高松市に住民登録がない方は、個人番号が確認できる書類も添付してください。
- ② 実施医療機関から受領した領収書と明細書の原本（領収書を紛失した場合は領収確認書）
- ③ 請求書
- ④ 以下の書類からいずれか1つ（郵送で提出の場合は写し）
 - ・接種日の属する年度の介護保険料決定通知書兼納入通知書
 - ・生活保護受給証明書
 - ・支援給付受給証明書

記入例（代理人申請用）

予防接種法第5条第1項の規定による定期予防接種（B類疾病）の自己負担金について償還払による助成を受けたいので、高松市定期予防接種（B類疾病）実施要綱第1条に基づき、申請します。

申請者は、接種を受けた方になります。

1月1日時点で高松市に住民登録がない場合のみ
個人番号の記載をお願いいたします。

1月1日時点で高松市に住民登録がある場合は、
個人番号の記載は不要です。

(被接種者)	氏名	高松 太郎		個人番号										
	生年月日	昭和29年 4月 2日		連絡先	090-0000-0000									
世帯等の状況		☐ 生活保護法による保護を受けている者 ☐ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した者等の自立の支援に関する法律等による支援給付又は配偶者の自立の支援に関する法律等による支援給付を受ける者 ☒ 当該年度の市町村民税が非課税である世帯に属する者 ☒ インフルエンザ ☒ 新型コロナウイルスワクチン ☐ 成人用肺炎球菌 ☐ 带状疱疹												
申請者本人が署名できない場合は、申請者名を記入の上、余白に ①代筆の理由 ②代筆者氏名 ③代筆者押印（朱印） ④代筆者続柄 を記入してください。		本人が署名できないため代筆 代筆者 高松 花子 (印) (妻) 申請者 高松 太郎 (印)												
代理人	住所	高松市桜町1丁目10番27号 連絡先 087-000-0000										申請者との関係	施設職員	
	代理人氏名	保健 桜		生年月日	昭和 △△ 年 △ 月 △ 日									
同一世帯に属する者	氏名	高松 花子										続柄	生年月日	
	個人番号											妻	昭和 ×× 年 × 月 × 日	
											年 月 日			

該当のものにチェック

同一世帯に属する方全員の
氏名、続柄、生年月日を記載ください。
1月1日時点で高松市に住民登録がない場合
のみ個人番号も記載ください。

添付が必要な書類

- 被接種者の本人確認書類と代理人の本人確認書類（郵送で提出の場合は写し）
※ 被接種者が1月1日時点で高松市に住民登録がない場合は、被接種者の個人番号が確認できる書類も添付してください。
- 実施医療機関から受領した領収書と明細書の原本（領収書を紛失した場合は領収確認書）
- 請求書
- 以下の書類からいずれか1つ（郵送で提出の場合は写し）
 - 接種日の属する年度の介護保険料決定通知書兼納入通知書
 - 生活保護受給証明書
 - 支援給付受給証明書