

(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 <small>該当する区分に ☑をしてください。</small>	<input type="checkbox"/> 生活保護法による保護を受けている者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン <input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹			
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続を委任します。			
	代理人住所	〒 連絡先TEL	申請者との関係	申請者 ㊟
	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

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	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送
本人確認	本人 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 公的身分証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※顔写真がない場合は2点確認
	代理人 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 公的身分証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※顔写真がない場合は2点確認
課税状況確認	<input type="checkbox"/> 納入通知書（保険料額決定通知書） <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 支援給付受給証明書 <input type="checkbox"/> 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12条第9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。

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	090-0000-0000
世帯等の状況 該当する区分に ☑をしてください。	<input type="checkbox"/> 生活保護法による保護を受けている者 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナワクチン <input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 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続を委任します。			
	代理人住所	連絡先	申請者との関係	申請者 ⑩
	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			
	高松 花子	妻	昭和 ×× 年 × 月 × 日	
			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

- ①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
⇒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。
- 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納入通知書（保険料額決定通知書）
 - ・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...
 申請

接種を受けた人の情報を記載

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	090-0000-0000

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。

該当のものにチェック☑

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	法による保護を受けている者	<input type="checkbox"/>
①代筆の理由	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	<input type="checkbox"/>
②代筆者氏名	の支援に関する法律等による支援給付又	<input type="checkbox"/>
③代筆者押印(朱印) ④代筆者続柄	の市町村民税が非課税である世帯に属す	<input type="checkbox"/>
	エンザ	<input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス
	炎球菌	<input type="checkbox"/> 带状疱疹

私は、次の代理人、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続を委任し
 ます。

委任欄	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
	代理人氏名	保健 桜

施設職員が代理申請する場合は、施設の情報を記入

同一世帯に属する者	氏名	高松 花子	続柄	妻	生年月日	昭和 ×× 年 × 月 × 日
	個人番号				年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	

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

- ①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
 ⇒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。
- 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納入通知書（保険料額決定通知書）
 - ・生活保護受給証明書
 - ・支援給付受給証明書