

記入例

様式第1号（第6条関係）

あま市予防接種費償還払承認申請書

あま市長 様

年 月 日

申請日記入

申請者 住 所
氏 名 あま 太郎
電話番号

申請者は被接種者となります

次のとおり、予防接種費の償還払を受けたいので承認してください。

被接種者 接種する本人	住 所	あま市
	氏 名	あま 太郎
	生年月日	昭和 年 月 日（満 歳）
申 請 理 由		1 かかりつけ医 2 疾病による入院又は通院 3 里帰り出産等 4 施設等に入所 5 その他（ ）
予防接種の種類及び内容（回数）		受診医療機関名 住所 電話番号
例）高齢者インフルエンザ 高齢者带状疱疹（1回目）（2回目）		例）〇〇市民病院 〇〇市△△1丁目1番地 012-345-678

該当番号に○

＊この申請にあたり、健康被害に対する補償は、予防接種健康被害救済制度に該当しない場合は、あま市予防接種事故災害補償規程又は独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度が適用されることに同意します。

高齢者定期接種のうち、各予防接種を別々の医療機関で行う場合は、償還払いに該当する医療機関ごとに申請が必要となります。
带状疱疹の場合は、接種回数も記入をお願いします。

署 名 あま 太郎

署名は被接種者名でご記入ください（代筆の場合は代筆者名も）

※接種は決められた接種期間内、接種後の請求申請期限は年度内となります。