

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

住 所
申請者 氏 名 あま 太郎
電話番号

申請者は被接種者となります。同居家族以外が代筆する場合は、委任状が必要です。

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	令和 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	
インフルエンザワクチンと新型コロナワクチンを別々の医療機関で打つ場合は、償還払いに該当する医療機関ごとで申請書を記入してください		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。

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）

※接種および接種後の償還払の申請期限ともに年度内となります。