

麻しん風しん混合（MR）ワクチンに係る接種費用償還払い申請書

令和      年      月      日

神戸市長    宛

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|     |      |   |             |  |
|-----|------|---|-------------|--|
| 申請者 | フリガナ |   | 接種を受けた人との続柄 |  |
|     | 氏名   |   |             |  |
|     | 現住所  | 〒 |             |  |
|     | 電話番号 |   |             |  |

※申請できるのは接種を受けた本人の保護者または保護者からの委任を受けた方に限ります。

|         |                                              |                                 |                                         |                    |                                |  |
|---------|----------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|--------------------------------|--|
| 接種を受けた人 | フリガナ                                         |                                 |                                         | 生年月日               | 年    月    日                    |  |
|         | 氏名                                           |                                 |                                         |                    |                                |  |
|         | 現住所                                          | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 〒                                       |                    |                                |  |
|         | 接種日時<br>接種の住所                                | <input type="checkbox"/> 現住所と同じ | 〒                                       |                    |                                |  |
|         | 接種年月日<br>※令和6年4月1日～<br>令和7年3月31日<br>までの接種に限る |                                 | 年                  月                  日 |                    |                                |  |
|         | 請求金額                                         |                                 | (A)<br>医療機関へ支払った実費                      | (B)<br>神戸市が定める接種料金 | 申請する接種料相当額<br>※(A)(B) いずれか低いほう |  |
|         |                                              |                                 | 円                                       | 11,176円            | 円                              |  |
|         | 接種医療機関                                       | 名称                              |                                         |                    |                                |  |
|         |                                              | 住所                              |                                         |                    |                                |  |
| TEL     |                                              |                                 |                                         |                    |                                |  |

下記指定口座への振込を依頼します。

|       |       |                           |  |  |  |  |      |  |                 |  |  |
|-------|-------|---------------------------|--|--|--|--|------|--|-----------------|--|--|
| 振込先口座 | 金融機関名 | 銀行<br>信用金庫                |  |  |  |  |      |  | 本店<br>支店<br>出張所 |  |  |
|       |       | 金融機関コード                   |  |  |  |  | 支店番号 |  |                 |  |  |
|       | 預金種別  | 普通          ・          当座 |  |  |  |  |      |  |                 |  |  |
|       | 口座番号  |                           |  |  |  |  |      |  |                 |  |  |
|       | フリガナ  |                           |  |  |  |  |      |  |                 |  |  |
|       | 口座名義人 |                           |  |  |  |  |      |  |                 |  |  |

※申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

## 委任状

私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。

令和     年     月     日

申請者氏名

受任者氏名

住        所

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑ を入れてください。

|                                                                            |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者の登録事項）及び医療機関等における情報について、神戸市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問合せを行いましたか。                            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 申請内容に偽りがあった場合や支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

### 【添付書類】

☐ 接種を受けた人および接種記録が確認できる書類の写し

（母子健康手帳の場合、接種を受けた人の名前・生年月日が記載されているページの写し  
および「予防接種の記録」欄等の写し）

☐ 接種費用の支払いを証明できる書類

（領収書および明細書、支払証明書等）原本

※紛失している場合は医療機関に再発行についてご相談ください

☐ 申請者および被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し

※申請時住所記載のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれか  
ひとつ

☐ 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し

（口座番号等確認用）