

## 高齢者肺炎球菌感染症予防接種・高齢者インフルエンザ予防接種の 受け方と償還払い手続きの手順

申請  
するまでに必要な  
予防接種を受け

① 大山崎町 B 類疾病定期予防接種実施申請書(様式第 1 号)を記入してください。  
身分証明ができるもの(顔写真付き 1 点、なければ 2 点)と接種を予定している病院の診察  
券をご持参ください。

↓

② 大山崎町 B 類疾病の予防接種実施依頼書(様式第 2 号)を町が作成し、出来上がり次  
第連絡いたします。

↓

注意  
接種時  
の

③ 大山崎町 B 類疾病の予防接種実施依頼書持参の上、予防接種を受けてください。  
接種費用は、全額支払ってください。

↓

申請  
接種後  
の

④ 受けられた接種費用を下記に従って、償還払いいたします。

**償還払いの金額…領収書の金額と委託料金の低い方の金額から  
町の定める自己負担額を引いた金額**

### 【申請に必要なもの】

領収書（接種者氏名、接種年月日、ワクチン名、接種費用、  
接種医療機関名を記載したもの）

予防接種済証

振込口座のわかるもの

### 【申請ができる期間】

接種日から令和6年4月26日まで

申請に必要なものをそろえ、大山崎町健康課健康増進係にお越しください。その際、大山崎町  
B 類疾病の定期予防接種費用助成申請書兼請求書(様式第 3 号)を記入していただき、申請  
手続きを行います。

↓

⑤ 審査のうえ、助成が決定した場合は指定の口座に振り込みをいたします。

対象外の場合は様式第 4 号にてお知らせします。

お問い合わせ

大山崎町役場 健康課 健康増進係 TEL075—956—2101

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

大山崎町 B 類疾病の定期予防接種費用助成申請書兼請求書

大山崎町長 様

申請者氏名

住 所

電 話 番 号

大山崎町 B 類疾病の定期予防接種費用助成実施要綱第7条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

また、この申請に必要な内容を大山崎町が医療機関等に確認することに同意します。

交付申請額（請求金額） \_\_\_\_\_ 円

ふりがな 被接種者氏名		被接種者 生年月日	年 月 日生
被接種者住所			
接種医療機関	名称 住所	電話番号	
振込金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金 種別 普通・当座・総合
口座番号		ふりがな 口座名義人	

以下は記入しないでください。

予防接種の種類	助成する額 ※委託金額もしくは支払額のどちらか低い方の額から町が定める自己負担額を引いた額
高齢者の肺炎球菌感染症予防接種	
高齢者インフルエンザ予防接種	
金額	金 _____ 円

添付書類  接種費用に係る領収書

予防接種の記録が記載された予防接種済証