

千葉市予防接種償還払い実施要領

(趣旨)

第1条 この要領は、千葉市と予防接種事業委託契約を締結していない医療機関で予防接種を実施した場合における、接種に係る費用の支払いについて必要な事項を定めるものとする。

(対象接種)

第2条 予防接種法（昭和23年法律第68号）第2条第2項に定めるA類疾病に係る予防接種及び千葉市法定外予防接種実施要綱に基づき千葉市が行う予防接種を対象とする。

(対象者)

第3条 対象者は、千葉市民とする。

(請求)

第4条 費用の支払いを希望する者は、接種を受けた後速やかに、予防接種費用償還払い請求書兼委任状（様式第1号）に、領収書の原本及び、母子健康手帳の氏名並びに予防接種の内容が分かるページの写し又は予診票の写しを添付して、市長に提出するものとする。

(単価の上限)

第5条 支払額の単価は、接種日における千葉市の千葉県内定期予防接種相互乗り入れ事業の単価を上限とする。

附 則

この要領は、平成20年10月 1日から施行する。

この要領は、平成21年 4月 1日から施行する。

この要領は、平成22年 4月 1日から施行する。

この要領は、平成24年 9月 1日から施行する。

この要領は、平成25年 4月 1日から施行する。

この要領は、平成26年 6月 1日から施行する。

この要領は、平成26年10月22日から施行する。

予防接種費用償還払い請求書兼委任状

(あて先) 千葉市長

【申請者】

【予防接種を受けた方】

氏名： _____
 (注)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

氏名： _____

住所： _____

住所： _____
 (注)申請者と異なる場合のみ記入してください。

電話番号： _____

生年月日：平成 年 月 日

予防接種を受けた方との続柄： _____

予防接種を受けましたので、以下のとおり請求します。

請求金額 _____ 円

予 防 接 種 を 受 け た 医 療 機 関			
受領の委任 (※) (どちらかに○)	委任しません (私 (申請者) の口座への入金を希望します)		
	委任します (私 (申請者) 以外の者の口座への入金を希望します)		
入 金 希 望 口 座	銀行	支店	普通 ・ 当座
	口座番号：		
	フリガナ：		
	口座名義：		

※請求金の入金希望口座の名義が申請者と同一の場合は上の「委任しません」に○を、異なる場合は下の「委任します」に○を記入してください。

【添付書類】

- ①母子健康手帳の「氏名」及び「予防接種の内容が分かるページ」の写し、又は「千葉市指定の予診票」の写し
- ②領収書の原本