

千葉市予防接種費用償還払い実施要領

(趣旨)

第1 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等で予防接種を実施した場合における、接種費用の償還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 千葉市が行う、予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づく定期予防接種を対象とする。

(対象者)

第3 対象者は、千葉市民とする。

(請求)

第4 A類疾病の定期予防接種について費用の償還払いを希望する者は、小児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。

2 高齢者インフルエンザ予防接種について費用の償還払いを希望する者は、高齢者インフルエンザ予防接種費用償還払い請求書兼委任状（様式第2号）に、予診票、領収書及び必要書類を添付して、市長へ提出するものとする。

3 高齢者肺炎球菌予防接種について費用の償還払いを希望する者は、高齢者肺炎球菌予防接種費用償還払い請求書兼委任状（様式第3号）に、予診票、領収書及び必要書類を添付して、市長へ提出するものとする。

4 高齢者新型コロナ予防接種について費用の償還払いを希望する者は、高齢者新型コロナ予防接種費用償還払い請求書兼委任状（様式第4号）に、予診票、領収書及び必要書類を添付して、市長へ提出するものとする。

5 高齢者带状疱疹予防接種について費用の償還払いを希望する者は、高齢者带状疱疹予防接種費用償還払い請求書兼委任状（生ワクチン用）（様式第5号）又は、高齢者带状疱疹予防接種費用償還払い請求書兼委任状（不活化ワクチン用）（様式第6号）に、予診票、領収書及び必要書類を添付して、市長へ提出するものとする。

6 請求は、接種日の翌日から起算して5年以内に行うものとする。

(単価の上限)

第5 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。ただし、麻しん風しん第5期の接種については、9,782円を上限とする。

(不当利得の返還)

第6 市長は、申請書等の虚偽の記載その他不正行為により償還払いを受けた者があるときは、償還払いした額の全部又は一部をその者から返還させることができる。

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。

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

この要領は、令和7年4月1日から施行する。

様式第 1 号

年 月 日

小児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： _____

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。

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・令和 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 (領収書に接種したワクチンごとの明細が記載されていない場合には、領収書に添付されている明細書も同封してください。)

高齢者インフルエンザ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。

住所:

連絡先電話番号

高齢者インフルエンザ予防接種の費用について以下のとおり請求します。

(1) 請求額

支払った金額【A】	領収書に記載された高齢者インフルエンザ予防接種の金額		
自己負担額【B】	1,800円	下記以外の方	
		0円	生活保護又は中国残留邦人等支援給付を受給している方、非課税世帯の方は左の欄に○を記入してください。 <u>別途証明書類の提出が必要です</u>
請求額【A－B】	円		

※ 請求額の上限 3,293円(下記以外の方)

5,093円(生活保護、中国残留邦人等支援給付、非課税世帯の方)

(2) 入金口座

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)		
	下記口座名義人へ、請求金の受領を委任します。		
入金希望口座	銀行	支店	普通・当座
	口座番号:		
	ふりがな:		
	口座名義:		

【添付書類】①千葉市指定の予診票

②領収書の原本

③生活保護、中国残留邦人等支援給付、非課税世帯の方は証明書類

高齢者肺炎球菌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。

住所: _____

連絡先電話番号 _____

高齢者肺炎球菌予防接種の費用について以下のとおり請求します。

(1) 請求金額

支払った金額【A】	領収書に記載された高齢者肺炎球菌予防接種の金額	
自己負担額【B】	3,000円	下記以外の方
	0円	生活保護又は中国残留邦人等支援給付を受給している方、非課税世帯の方は左の欄に○を記入してください。 別途証明書類の提出が必要です
請求額【A－B】	円	

※ 請求額の上限 5,230円(下記以外の方)
8,230円(生活保護、中国残留邦人等支援給付、非課税世帯の方)

(2) 入金口座

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)		
		下記口座名義人へ、請求金の受領を委任します。		
入金希望口座		銀行	支店	普通 ・ 当座
	口座番号:			
	ふりがな:			
	口座名義:			

- 【添付書類】 ①千葉市指定の予診票
②領収書の原本
③生活保護、中国残留邦人等支援給付、非課税世帯の方は証明書類

高齢者新型コロナ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。

住所:

連絡先電話番号

高齢者新型コロナ予防接種の費用について以下のとおり請求します。

(1) 請求金額

支払った金額【A】	領収書に記載された高齢者新型コロナ予防接種の金額	
自己負担額【B】	3,300円	下記以外の方
	0円	生活保護又は中国残留邦人等支援給付を受給している方、非課税世帯の方は左の欄に○を記入してください。 別途証明書類の提出が必要です
請求額【A－B】	円	

※ 請求額の上限 12,167円(下記以外の方)

15,467円(生活保護、中国残留邦人等支援給付、非課税世帯の方)

・「コスタイペ」(MeijiSeikaファルマ社)は上限額が異なりますのでお問い合わせください。

(2) 入金口座

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)		
	下記口座名義人へ、請求金の受領を委任します。		
入金希望口座	銀行	支店	普通 ・ 当座
	口座番号:		
	ふりがな:		
	口座名義:		

【添付書類】 ①千葉市指定の予診票

②領収書の原本

③生活保護、中国残留邦人等支援給付、非課税世帯の方は証明書類

高齢者带状疱疹予防接種費用償還払い請求書兼委任状（生ワクチン用）

（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。

住所：

連絡先電話番号 — —

高齢者带状疱疹予防接種（生ワクチン「ビケン」）の費用について以下のとおり請求します。

（１）請求金額

支払った金額【Ａ】	領収書に記載された高齢者带状疱疹予防接種の金額		
自己負担額 【Ｂ】	4,000円		下記以外の方
		2,000円	非課税世帯の方は左の欄に○を記入してください。 別途証明書類の提出が必要です
		0円	生活保護又は中国残留邦人等支援給付を受給している 方は左の欄に○を記入してください。 別途証明書類の提出が必要です
請求額【Ａ－Ｂ】	円		

※請求額の上限 4,393円（下記以外の方）
6,393円（非課税世帯の方）
8,393円（生活保護又は中国残留邦人等支援給付を受給している方）

（２）入金口座

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）				
		下記口座名義人へ、請求金の受領を委任します。				
入金希望口座	銀行	支店	普通 ・ 当座			
	口座番号：					
	ふりがな：					
	口座名義：					

- 【添付書類】 ①千葉市指定の予診票
②領収書の原本
③生活保護、中国残留邦人等支援給付、非課税世帯の方は証明書類

高齢者带状疱疹予防接種費用償還払い請求書兼委任状（不活化ワクチン用）

（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。

住所： _____

連絡先電話番号 _____

高齢者带状疱疹予防接種（不活化ワクチン「シングリックス」）の費用について以下のとおり請求します。

（１）請求金額

支払った金額【Ａ】	領収書に記載された高齢者带状疱疹予防接種の金額		
自己負担額 (1回あたり) 【Ｂ】	10,000円		下記以外の方
		5,000円	非課税世帯の方は左の欄に○を記入してください。 別途証明書類の提出が必要です
		0円	生活保護又は中国残留邦人等支援給付を受給している 方は左の欄に○を記入してください。 別途証明書類の提出が必要です
請求額【Ａ－Ｂ】	円		

※請求額の上限 11,593円（下記以外の方）
16,593円（非課税世帯の方）
21,593円（生活保護又は中国残留邦人等支援給付を受給している方）

（２）入金口座

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）		
	下記口座名義人へ、請求金の受領を委任します。		
入金希望口座	銀行	支店	普通 ・ 当座
	口座番号：		
	ふりがな：		
	口座名義：		

- 【添付書類】 ①千葉市指定の予診票
②領収書の原本
③生活保護、中国残留邦人等支援給付、非課税世帯の方は証明書類