様式第3号

令和8年度
南部町高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種費用償還払申請書

この申請書は、南部町が定めた高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種対象者の要件を満たし、接種期間内に施設入所または医療機関への入院、その他やむを得ない理由により、町が委託した医療機関以外で新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けた場合に限り適用します。

◆ 提 出 先:健康こども課(健康センター)、住民生活課(本庁舎)、福地支所、南部支所

◆ 申請期限:**令和9年4月30日**

対象者	フリガナ	
	氏　名	
	生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日　(　　歳)
	住　所	南部町大字
申請区分		・施設入所　　・入院　　・その他(　　)
接種機関名		
接種日		令和　　年　　月　　日 **※接種期間内(R8.10.1 ～ R9.3.31)の接種のみ適用**
金融機関名		銀　行 信用金庫 信用組合 農　協 / 本　店 支　店 出張所 / 種別: 普通 / 当座
口座番号		
(フリガナ) 口座名義		

※ 太枠内は役場で記入しますので、記入しないでください。

A 本人支払い額	B 自己負担額	①(A－B)	② 償還払い上限額	**給付決定額** (①と②のいずれか少ない方)

上記のとおり、高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種にかかる償還払について、関係書類を添えて申請します。

令和　　年　　月　　日

南部町長 様

〒

(申請者) 住所

氏名

(続柄　　)

電話　　－　　－

添付書類	① 接種歴を確認できる**予診票(原本または写し)**もしくは**予防接種済証(写し)** ② 予防接種費用の**領収書・明細書(原本)** ③ 振込先口座情報を確認できる被接種者名義の**通帳等(写し)** ④ 生活保護受給者の方は、医療受給証等の写し