

定期予防接種（B類疾病）助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

いわき市長 様

太枠の中をご記入ください

フリガナ 被接種者氏名		生年月日		年 月 日			
フリガナ 請求者氏名※		接種者との関係（ ）					
住所・電話番号		福島県いわき市 電話番号					
予防接種の種類	実施医療機関	接種日	A 支払金額	B 自己負担額	C (A-B) 請求金額	市記入欄	
						D 契約単価	E 助成金額 (CかDの低い額)
		年 月 日	円	円	円	円	円
		年 月 日	円	円	円	円	円
		年 月 日	円	円	円	円	円
		年 月 日	円	円	円	円	円
合計金額							

※ 本人又は保護者以外の者が助成金を受領する場合には、受領委任状が必要です。

※ 助成金額は、支払金額から自己負担額を差し引いた請求金額（C）と市の契約単価（D）のいずれか低い金額となります。

振込先	フリガナ		銀行・農協・信用組合 信用金庫・労金		支店・本店 支所・出張所	
	口座名義人氏名		口座番号			

地区保健福祉センター確認欄	地区セン受理日	保健所受理日
<input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書・明細書の原本 <input type="checkbox"/> 予防接種済証の写（接種の記録を確認する） <input type="checkbox"/> 記録後の予診票の原本又は写し <input type="checkbox"/> 請求者が指定する通帳の写し等（口座名義、口座番号、支店名等確認） <input type="checkbox"/> 受領委任状（本人又は保護者以外の者が助成金を受領する場合） <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書、中国残留邦人等支給給付の本人確認証（必要な場合）		

定期予防接種（B類疾病）払い戻し（償還払い）請求について

○ いわき市では、県外医療機関で接種を行った場合に、接種料金の一部助成を行います。

1 償還する金額

接種料金から自己負担額を差し引いた額となり、市の委託契約の単価が上限となります。

2 対象となる方

予防接種	対象者
高齢者用肺炎球菌 (※ 過去に接種を受けた方は対象外)	(1) いわき市に住民票があり、接種日時時点で <u>65歳の方（接種日時点）</u> (2) 60歳以上 65歳未満で心臓・じん臓・若しくは呼吸器、後天性免疫不全症候群のために身体障害者手帳1級相当の障害を有する方
带状疱疹	(1) いわき市に住民票があり、接種日時時点で <u>65歳の方（年度年齢）</u> (2) 60～64歳のヒト免疫不全ウイルスの障害で身体障害者手帳1級相当の方（ <u>満年齢</u> ） (3) 70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳以上の方（ <u>年度年齢</u> ）（101歳以上は令和7年度のみ）
高齢者インフルエンザ、 新型コロナウイルス	(1) いわき市に住民票があり、接種日時時点で <u>65歳以上の方</u> (2) 60歳以上 65歳未満で心臓・じん臓・若しくは呼吸器、後天性免疫不全症候群のために身体障害者手帳1級相当の障害を有する方
麻しん・風しん混合(MR) ※ 風しんの追加的対策	次の(1)～(3)の全てに該当する方が対象となる。 (1) 接種日時時点でいわき市に住民票がある昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性 (2) 令和7年3月31日までに風しん抗体検査を実施している方 (3) 風しん抗体検査の結果、風しんの抗体価が不十分で、予防接種を希望する方 <u>(注) 令和7年度以降に抗体検査を実施した方は対象外</u>

3 申請について

- ・ 各地区保健福祉センター窓口又は郵送にて必要書類を添えて申請手続きをしてください。
- ・ 市で審査し、交付決定となった助成対象料金は、指定された口座に支払われます。

【必要書類】

- ・ 定期予防接種（B類疾病）助成金交付申請書兼請求書（市ホームページ又は各地区保健福祉センターの窓口設置）
 - ① 被接種者の氏名が明記された医療機関発行の領収書及び明細書又は、支払証明書の原本
 - ② 予防接種済証（写し）
 - ③ 記録後の予診票原本又は写し
 - ④ 申請者が指定する口座名義や口座番号、支店名等が記載されている通帳の写し等（ゆうちょ銀行の場合は、振込み口座として店番の記入が必要です。）
 - ⑤ 受領委任状（本人又は保護者以外の者が助成金を受領する場合）
 - ⑥ 生活保護受給証明書、中国残留邦人等支給給付の本人確認証（必要な場合）

4 申請場所 各地区保健福祉センター 健康係

場所	電話番号	住所
平地区保健福祉センター 健康係	0246-22-7621	〒970-8026 いわき市平字梅本 21
小名浜地区保健福祉センター 健康係	0246-54-2111	〒971-8162 いわき市小名浜花畑町 34-2
勿来・田人地区保健福祉センター 健康係	0246-63-2111	〒974-8232 いわき市錦町大島 1
常磐・遠野地区保健福祉センター 健康係	0246-43-2111	〒972-8321 いわき市常磐湯本町吹谷 76-1
内郷・好間・三和地区保健福祉センター 健康係	0246-27-8692	〒973-8408 いわき市内郷高坂町四方木田 191
四倉・久之浜大久地区保健福祉センター 健康係	0246-32-2114	〒979-0201 いわき市四倉町字西四丁目 11-3
小川・川前地区保健福祉センター 健康係	0246-83-1329	〒979-3122 いわき市小川町高萩字小路尻 19-10

5 申請受付期間

- ・ 原則、年度内（3月末まで）の申請となります。接種後は速やかに申請してください