

県外の医療機関で接種される方へ（大人用）

一旦、接種費用を全額ご負担いただき、医療機関からの領収書を受け取っていただきます。
助成額の申請は、ご本人様から市役所健康づくり課へ申請していただきます。

【手続方法】

手続きは、郵送による方法、又は、原町保健センターにお越しいただく方法になります。

✿郵送による手続き

定期予防接種費用助成申請書(償還払用)に必要事項を記入後、【申請に必要な書類】
を郵送していただく方法。

【申請に必要な書類】

- 1、助成申請書
- 2、医療機関発行の領収書の写し
- 3、ワクチン接種が確認できるもの（接種済み証、明細書等）の写し
- 4、預金通帳の写し(銀行名、支店名、口座名義人、口座番号の記載があるところ)
- 5、同意書 ※申請者以外の口座に振り込む場合のみ

✿原町保健センターにお越しいただける手続き

上記、【申請に必要な書類】及び、印鑑を持参してください。

※助成申請書は、直接お越しいただいた時に記入していただきます。

【助成額について】

支払い額については、自己負担分を差し引いた額を振込いたします。

口座振込みまでの期間は、申請受理後から約1ヶ月ほどかかりますのでご了承ください。

（自己負担額）

- ・肺炎球菌 3,000 円 ・インフルエンザ 1,000 円 ・コロナ 4,000 円
- ・带状疱疹（生） 2,000 円 ・带状疱疹（不活化） 6,000 円（1 回）

【申請書類等郵送・お問い合わせ先】

〒975-0011

南相馬市原町区小川町322-1（原町保健センター）

健康づくり課 健康支援係

電話 0244-23-3680

【裏面もご覧ください】

《記入例》

様式第2号（第12条関係）

予防接種費用助成申請書（償還払用）

令和 年 月 日 ←申請日

南相馬市長

住所 南相馬市 **原町区小川町322番地の1** シャチハタ以外のもの

申請者 氏名 **原町 太郎** 原町

日中連絡の取れる番号 電話番号 **000-1234-567**

避難されている方のみ 避難先住所 **〇〇県△△市〇〇町1-2-34**

接種者氏名		性別	生年月日				
フリガナ ハラマチ タロウ		男 ・女	大正 昭和 平成 令和				
原町 太郎			30年 4月 2日				
接種証明		別添委託外医療機関領収書のとおり					
振込先口座	金融機関名		本・支店名		種別		
	〇〇銀行		△△支店		1 普通 2 当座		
	口座番号					口座名義	
		1	2	3	4	5	6

右詰め

※申請者名義の口座への振込となります