

☆☆☆定期予防接種費用の償還払について☆☆☆

里帰り等で23区外滞在期間中に接種した子どもの定期予防接種の接種費用について、償還払を実施します。

1 助成要件（全ての要件を満たす方が対象です。）

- (1) 予防接種を受けた日において新宿区内に住所を有する者
 - (2) 平成26年10月1日（制度開始日）以降に予防接種又はその予診を受けた者
 - (3) 新宿区長から予防接種実施依頼書の発行を受けている者
 - (4) 次の医療機関において、予防接種又はその予診を受け、費用の負担が生じた者
 - ア 23区外の医療機関
 - イ 23区内の指定医療機関以外の医療機関にあつては、主治医の監督が必要である等特別な事情がある場合に限る
- ※ 日本国内の医療機関に限ります。

2 申請方法

別添の「新宿区定期予防接種費用償還払申請書」（以下「申請書」という。）に必要事項をご記入の上、申請書と添付書類を合わせて提出してください。

※ 申請書は3枚つづりです。（第1号様式1-1、1-2、1-2-2）

3 添付書類

- (1) 医療機関の発行する領収書（コピー不可）
 - ※ 複数のワクチンを同時接種した場合は各ワクチンの価格を記載してください。
 - 各ワクチンの価格がわかる診療明細書がある場合は、添付してください。（コピー可）
- (2) 予防接種したことを証する書類として、以下のいずれか1つを提出してください。
 - ア 予防接種済み予診票（コピー可）
 - ※ 予診票の様式は問いません。（医療機関の予診票でも構いません。）
 - イ 母子健康手帳のコピー【以下2種類をご提出ください】
 - ※ 「表紙（発行日の記載があるもの）」及び「当該予防接種の記録のあるページ」
 - ウ 定期予防接種確認書（第1号様式3）
 - ※ ア又はイが提出できない場合に使用してください。（予防接種を受けた医療機関に記入してもらってください。）

4 申請期限

接種日から2年間です。

（例）平成26年10月1日に接種した場合→平成28年9月30日（必着）までに新宿区保健予防課に申請書及び添付書類が届いていること。

5 償還額について

定期の予防接種又はその予診に要した費用を償還します。ただし、接種日における新宿区が実施する予防接種の委託単価を超えるときは、委託単価の額を上限額とします。

6 支払について

提出された申請書及び添付書類を審査し、定期予防接種費用償還額支給決定通知書を送付いたします。

※ 償還額は申請書に記載された指定の口座にお振込いたしますが、入金のお知らせは行っておりませんので、ご自身で通帳等のご確認をお願いします。

※ 申請から入金まで1か月～2か月程度かかりますのでご了承ください。

（裏面に続く）

【提出前にご確認ください】

提出書類は揃っていますか？

申請書

領収書 ※ 診療明細書もあれば添付してください。

3 添付書類(2)のア～ウのいずれか1つ

【申請書記入例】

1 枚目

第1号様式 1-1(第4条関係)

新宿区定期予防接種費用償還払申請書

(フリガナ) 被接種者氏名	シンジユク タロウ 新宿 太郎
生年月日	令和*年 4月 1日 (0歳)
被接種者住所	新宿区新宿5-18-21

申請額	90,000 円
-----	----------

振込先金融機関名	〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合	〇〇〇	本店 支店 出張所
口座の種類	普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
フリガナ	シンジユク ハナコ			
口座名義人	新宿 花子			

※ 振込先の記載に誤りがあると、振り込むことができません。正確に記載してください。

償還決定額は、上記の口座に振り込みください。

令和*年 8月 1日
新宿区長 えて 請求者(保護者等)
住所 〒160-0022
新宿区新宿5-18-21
氏名 新宿 花子
電話 (03)5273-3859

請求者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任欄に記入が必要となります。

(委任欄) 私は、上記口座名義人に、被接種者に係る新宿区定期予防接種費用償還決定額の受取を委任いたします。 年 月 日 氏名

【委任欄】

請求者と口座名義人が異なる場合は記入してください。

※ 修正する際は、該当箇所^①に二重線を引いた上に訂正印を押し、書き直してください。(修正テープ等不可)

※ 振込先がゆうちょ銀行の場合は、店名及び口座番号をご確認の上、ご記入ください。店名及び口座番号が不明の場合は、ゆうちょ銀行の窓口やゆうちょ銀行のホームページでご確認ください。

※ 口座名義が旧姓の場合は、お名前が変わったことが分かる書類(戸籍謄(抄)本等)もご提出ください。

※ 転居等により「定期予防接種費用償還額支給決定通知書」の送付希望先住所が申請書と異なる場合は、送付希望先住所を付せんまたは別紙等に記入し添付してください。

2 枚目

第1号様式 1-1(第4条関係)

第1号様式1-2

Hib	受診年月日	(1回目) 令和*年 6月 1日 (0歳 2か月)
		(2回目) 令和*年 7月 1日 (0歳 3か月)
		(3回目) 年 月 日 (歳 か月)
		(追加分) 年 月 日 (歳 か月)
	自己負担金額	20,000 円
	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〇〇市1-2-3
	医師の氏名	〇〇 〇〇
小児用肺炎球菌	受診年月日	(1回目) 令和*年 6月 1日 (0歳 2か月)
		(2回目) 令和*年 7月 1日 (0歳 3か月)
		(3回目) 年 月 日 (歳 か月)
		(追加分) 年 月 日 (歳 か月)
	自己負担金額	20,000 円
	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〇〇市1-2-3
	医師の氏名	〇〇 〇〇
	受診年月	(1回目) 令和*年 6月 1日 (0歳 2か月)
		(2回目) 年 月 日 (歳 3か月)
		(3回目) 年 月 日 (歳 か月)

3 枚目

第1号様式 1-1(第4条関係)

第1号様式1-2-2

MR	受診年月日	1期	年 月 日 (歳 か月)
	受診年月日	2期	年 月 日 (歳 か月)
	自己負担金額	円	
	医療機関名		
	所在地		
	医師の氏名		
MR	受診年月日	(1回目)	年 月 日 (歳 か月)
		(2回目)	年 月 日 (歳 か月)
	自己負担金額	円	
	医療機関名		
	所在地		