

インフルエンザ予防接種自己負担費用助成申請書兼口座振替申出書

令和 年 月 日

(提出先) 大 阪 市 長

次の事項に同意のうえ、インフルエンザ予防接種自己負担費用の助成を申請します。

私(申請者)は、インフルエンザ予防接種自己負担費用の助成申請を行うにあたり、公害医療手帳の写し、領収書(レシート等)を添付していますが、内容確認のために医療機関(本人接種及び料金徴収済確認)に照会されること及び「大阪市公害健康被害被認定者インフルエンザ予防接種自己負担費用助成事業実施要綱」の内容を理解し遵守することに同意します。

○ 申請者

※太線枠内を記入してください

現住所	〒	—		
フリガナ			電話番号	
氏 名				

公害医療手帳 記号番号	大阪				—	
公害健康被害被認定者 (接種者)			性別	男 ・ 女		
フリ ガナ 氏 名※						
住 所※	〒		—		生 年 月 日	大正・昭和・西暦 年 月 日
公害健康被害被認定者 電話番号※			請求金額	金 円		
接種医療機関 (住所・機関名)			左記の 電話番号			

※氏名・住所・電話番号が申請人と同じ場合には、「同上」でも結構です。

※接種費用の支払いについては、公害健康被害被認定者に対する補償給付費の届出口座に口座振替されます。

◎返信用封筒で送付する前に必ず次の添付書類があるか確認してください。

添付書類

- ☐ 公害医療手帳の写し(公害医療手帳の記号番号・有効期間・氏名・住所・認定疾病の頁)
- ☐ 領収書原本(インフルエンザ予防接種費用以外の医療費を含む場合は写しでも可)
(領収書は、接種者氏名及びインフルエンザ予防接種費用とわかるもの)
- ☐ 診療明細書(医療機関から発行されている場合のみ)

※添付書類が足りない場合は、支払いができませんので返送させていただきます。

本申請書に記載された内容については、インフルエンザ予防接種自己負担費用助成以外の目的には使用しません。

記入例

楷書ではっきりと記入してください

- 公害健康被害被認定者の方が、インフルエンザ予防接種費用を負担した場合の助成申請書です。
- 必要事項を記入し、大阪市保健所へ申請してください。
- 「領収書原本（接種者氏名及びインフルエンザ予防接種費用とわかるもの）」「公害医療手帳の写し」を必ず添付してください。添付がない場合は、支払ができません。

【様式1号】			
インフルエンザ予防接種自己負担費用助成申請書兼口座振替申出書			
申請される日付を記入してください。 令和 年 月 日			
(提出先) 大 阪 市 長			
次の事項に同意のうえ、インフルエンザ予防接種自己負担費用の助成を申請します。			
私(申請者)は、インフルエンザ予防接種自己負担費用の助成申請を行うにあたり、公害医療手帳の写し、領収書(レシート等)を添付していますが、内容確認のために医療機関(本人接種及び料金徴収済確認)に照会されること及び「大阪市公害健康被害被認定者インフルエンザ予防接種自己負担費用助成事業実施要綱」の内容を理解し遵守することに同意します。			
公害健康被害被認定者本人からの申請としてください。			
○ 申請者			
現住所	〒530 - 8201 大阪市北区 中之島1丁目 ×-×-×××号		
フリガナ	オ オ サ カ タ ロ ウ		
氏 名	大 阪 太 郎		電話番号 06 (6208) ××××
※申請条件を記入してください			
公害医療手帳 記号番号	大阪 ×× - 12345		
公害健康被害被認定者 (接種者) フリガナ 氏 名※	同上	性別	男・女
住 所※	〒 - 同上	生年月日	大正(昭和)西暦 ×× 年 × 月 × 日
公害健康被害被認定者 電話番号※	同上	請求金額	金 〇,〇〇〇 円
接種医療機関 (住所・機関名)	大阪市 中央区〇〇町×丁目×-×	左記の 電話番号	06 (××××) ××××
〇 〇 〇 病 院			
ワクチン接種した医療機関の住所・医療機関名・電話番号を記入してください。			
※氏名・住所・電話番号が申請人と同じ場合には、「同上」でも構構です。			
※接種費用の支払いについては、公害健康被害被認定者に対する補償給付費の届出口座に口座振替されます。			
添付書類のモレがないか、ご確認ください。			
○返信用封筒で送付する前に必ず次の添付書類があるか確認してください。			
添付書類			
☐ 公害医療手帳の写し(公害医療手帳の記号番号・有効期間・氏名・住所・認定疾病の頁)			
☐ 領収書原本(インフルエンザ予防接種費用以外の医療費を含む場合は写しでも可) (領収書は、接種者氏名及びインフルエンザ予防接種費用とわかるもの)			
☐ 診療明細書(医療機関から発行されている場合のみ)			
※添付書類が足りない場合は、支払いができませんので返送させていただきます。			
本申請書に記載された内容については、インフルエンザ予防接種自己負担費用助成以外の目的には使用しません。			
申請書提出期限：令和 年 月 日 ()			