茨木市外等における予防接種の実施及び費用助成に関する要綱

（趣旨）

第１　この要綱は、委託医療機関以外の医療機関における予防接種法（昭和23年法律第68号）第５条第１項に規定する予防接種（以下「予防接種」という。）の実施及び自己の費用負担で予防接種を受けた場合の接種費用の助成について必要な事項を定めるものとする。

（定義）

第２　この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

(1)　委託医療機関　次に掲げる医療機関をいう。

ア　一般社団法人茨木市医師会に属する医療機関

イ　本市と予防接種業務について委託契約を締結している医療機関

ウ　本市と予防接種業務について委託契約を締結している医師会その他の団体（一般社団法人茨木市医師会を除く。）に属する医療機関

(2)　接種費用　予防接種を受ける際に支払う予診料、技術料、指導料、ワクチン代等の費用（文書料及びツベルクリン反応検査以外の検査費用を除く。）をいう。

(3)　予防接種実施依頼書　委託医療機関以外の医療機関において予防接種を受ける際に、当該医療機関と予防接種業務について委託契約を締結している市区町村等に提出する依頼書をいう。

（実施対象者）

第３　委託医療機関以外の医療機関における予防接種の実施の対象となる者（第４第１項及び第５において「実施対象者」という。）は、第４第１項の規定による予防接種実施依頼書の交付申請を行う日及び予防接種を受ける日において次の各号のいずれにも該当する者とする。

(1)　住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき本市の住民基本台帳に記録されている者

(2)　予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）第１条の３第１項の表の上欄に掲げる疾病ごとにそれぞれ同表の下欄に掲げる者（同条第２項の規定により法第５条第１項の政令で定める者とされた者を含む。）

(3)　委託医療機関において予防接種を受けることができない理由があると認められる者

（予防接種実施依頼書の交付申請等）

第４　委託医療機関以外の医療機関（本市と当該予防接種の実施に関する覚書を締結している市区町村と予防接種業務について委託契約を締結している医療機関を除く。）における予防接種の実施を希望する実施対象者又はその者の親権を行う者及び後見人、現にその者を養育している者並びにその者が入所している施設の長は、公的（定期）予防接種実施依頼書交付申請書（様式第１号）、季節性高齢者インフルエンザ予防接種実施依頼書交付申請書（様式第２号）、季節性高齢者インフルエ

ンザ予防接種実施依頼書交付申請書（施設用）（様式第３号）、成人用肺炎球菌ワクチン予防接種実施依頼書交付申請書（様式第４号）又は成人用肺炎球菌ワクチン予防接種実施依頼書交付申請書（施設用）（様式第５号）により、予防接種実施依頼書の交付を市長に申請しなければならない。

２　市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、適当と認めた申請者に対し、公的（定期）予防接種実施依頼書（様式第６号）、季節性高齢者インフルエンザ予防接種実施依頼書（様式第７号）又は成人用肺炎球菌ワクチン予防接種実施依頼書（様式第８号）を交付する。

（助成対象者）

第５　接種費用の助成の対象となる者は、予防接種実施依頼書の交付を受けた実施対象者のうち、委託医療機関以外の医療機関において自己の費用負担で予防接種を受けた者とする。

（助成額）

第６　助成金の額は、次に掲げる額のうちいずれか少ない額（季節性高齢者インフルエンザ予防接種を受けた場合（助成対象者が茨木市インフルエンザ予防接種事業実施要綱第４に規定する実費徴収金を調整しない者である場合を除く。）には当該いずれか少ない額から茨木市インフルエンザ予防接種事業実施要綱（平成13年11月７日実施）第４の規定により定められた実費徴収金の額を、成人用肺炎球菌ワクチン予防接種を受けた場合（茨木市成人用肺炎球菌ワクチン予防接種事業実施要綱第４に規定する実費徴収金を徴収しない者である場合を除く。）には当該いずれか少ない額から茨木市成人用肺炎球菌ワクチン予防接種事業実施要綱（平成26年10月１日実施）第４の規定により定められた実費徴収金の額をそれぞれ差し引いた額）とする。

(1)　当該予防接種を受けた日の属する年度において本市が一般社団法人茨木市医師会と締結している予防接種業務委託契約において定められた当該予防接種に係る委託料の単価

(2)　接種費用の額

（助成の申請）

第７　接種費用の助成を受けようとする者は、予防接種を受けた日から６か月以内に、公的（定期）予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（様式第９号）、季節性高齢者インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（様式第10号）又は成人用肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（様式第11号）に次に掲げる書類を添付して市長に申請しなければならない。

(1)　当該予防接種を実施した医療機関の発行する領収書その他の接種費用の支払及びその額を証する書類

(2)　予防接種の記録が記載された母子健康手帳又は当該予防接種を実施した医療機関が発行する予防接種を受けたことを証する書類

（交付決定等）

第８　市長は、第７の規定による申請があったときは、その内容を審査の上、助成金

の交付又は不交付を決定し、予防接種費用助成金交付（不交付）決定通知書（様式第12号）により、申請者に通知するものとする。

２　市長は、前項の規定により助成金の交付を決定したときは、申請者に助成金を交付するものとする。

（助成金の返還）

第９　市長は、虚偽その他不正な行為により助成金の交付を受けた者があるときは、その者から支払った助成金の額に相当する額の全部又は一部を返還させることができる。

（その他）

第10　この要綱に定めるもののほか、委託医療機関以外の医療機関における予防接種の実施及び接種費用の助成について必要な事項は、市長が別に定める。

附　則

この要綱は、平成26年４月１日から実施する。

附　則

この要綱は、平成26年10月１日から実施する。

附　則

この要綱は、平成27年４月１日から実施する。

附　則

この要綱は、令和元年５月１日から実施する。

附　則

（実施時期）

１　この要綱は、令和３年４月１日から実施する。

（経過措置）

２　この要綱の実施の際、この要綱による改正前の茨木市外等における予防接種の実施及び費用助成に関する要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

様式第１号（第４関係）

公的（定期）予防接種実施依頼書交付申請書

（申請先）　茨木市長

茨木市以外の市区町村で公的（定期）予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。なお、申請要件の確認のため、私及び予防接種を受ける者の住民基本台帳を市長が閲覧することに同意します。

<table>
<tr><td colspan="2">申請日</td><td colspan="3">年　　　月　　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">申請者</td><td rowspan="2">保護者名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>電話番号</td></tr>
<tr><td>－　　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="2">（代理人の場合）
氏　名</td><td rowspan="2"></td><td>続　柄</td><td>電話番号</td></tr>
<tr><td></td><td>－　　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="3">接種を受ける人</td><td>フリガナ</td><td></td><td>性　別</td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>男・女</td><td>年　　月　　日（　　歳　　か月）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">茨木市</td></tr>
<tr><td>予防接種の種類</td><td colspan="4">依頼書が必要な予防接種の種類及び接種予定月を記入してください。

※接種予定月が半年以上先である場合の依頼書の交付については、お断りすることがあります。</td></tr>
<tr><td colspan="2">接種地
（市区町村）</td><td colspan="3">都道
府県　　　　　　市区
町村</td></tr>
<tr><td colspan="2">依頼書の宛先</td><td colspan="3">１　市区町村長宛て　　２　医療機関宛て（医療機関名：　　　　　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請理由</td><td colspan="3">１　主治医での接種を希望　　２　帰省等による一時不在（出産等）　　３　その他（　　　　）</td></tr>
</table>

※注意事項　　接種される市区町村により、茨木市の予診票が使えない場合や事前手続が必要な場合がありますので、必ず接種を希望される市区町村の予防接種担当部署に確認の上、接種してください。また、接種は有料となる場合があります。

（職員記入欄）

依頼書番号（　　　　　　　　　　）

様式第２号（第４関係）

季節性高齢者インフルエンザ予防接種実施依頼書交付申請書

年　　月　　日

＜対象者＞ 接種当日に右記のいずれかに該当する場合に依頼書を発行できます。	□ 65歳以上 □ 60歳以上65歳未満の者で、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に重大な障害のあるもの（これらに該当することが分かる身体障害者手帳（１級）又は医師の診断書等が必要）

（申請先）茨木市長

<table>
<tr><td rowspan="4">申請者（依頼書送付先）</td><td>住所</td><td colspan="2">〒</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">接種を受ける人との続柄</td><td>本人　・　その他（　　　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">電話番号
（連絡の取れる番号）</td><td>－　　　－</td></tr>
</table>

茨木市以外の市区町村で季節性高齢者インフルエンザ予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。
なお、申請要件の確認のため、予防接種を受ける者の住民基本台帳を市長が閲覧することに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="4">接種を受ける人</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>性　別</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日（　　　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　所
電話番号</td><td>□ 上記と同じ
□ 上記以外
（記入してください。）</td><td colspan="2">茨木市
電話番号　　-　　-</td></tr>
<tr><td colspan="2">予防接種名</td><td colspan="3">季節性高齢者インフルエンザ</td></tr>
<tr><td colspan="2">接種予定月</td><td>年　　月</td><td colspan="2">公的接種期間:　　年　月　日から　　年　月末日まで</td></tr>
<tr><td colspan="2">接種医の所属する医療機関の市区町村</td><td colspan="3">都道府県　　　　市区町村</td></tr>
<tr><td colspan="2">依頼書の宛先（医療機関の市区町村に確認）</td><td colspan="3">1　市区町村長宛て　　2　医療機関宛て（医療機関名：　　　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請理由</td><td colspan="3">1　主治医での接種を希望
2　入院　・　入所中
3　その他（　　　　）</td></tr>
</table>

※注意事項　接種される市区町村により、茨木市の予診票が使えない場合や事前手続が必要な場合がありますので、**必ず接種を希望される前に市区町村の予防接種担当部署に依頼書の宛先等を確認の上、依頼書発行後に接種してください。**また接種費用は市区町村によって異なります。

（職員記入欄）

依頼書番号（　　　　　　）

課長	課長代理	係長	受付

様式第３号（第４関係）

施設用

季節性高齢者インフルエンザ予防接種実施依頼書交付申請書（施設用）

年　　月　　日

＜対象者＞ 接種当日に右記のいずれかに該当する場合に依頼書を発行できます。	□ 65歳以上の者 □ 60歳以上65歳未満の者で、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に重大な障害のあるもの（これらに該当することが分かる身体障害者手帳（１級）又は医師の診断書等が必要）

（申請先）　茨木市長

申請者（依頼書送付先）		
	所在地	〒
	施設名	
	施設長	
	電話番号	

茨木市以外の市区町村で季節性高齢者インフルエンザ予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。
なお、申請要件の確認のため、予防接種を受ける者の住民基本台帳を市長が閲覧することに同意します。

予防接種名	**季節性高齢者インフルエンザ**	
接種予定月	年　　月	公的接種期間:　　年　月　日から　　年　月末日まで
接種医の所属する医療機関の市区町村	都道府県　　　市区町村	
依頼書の宛先（医療機関の市区町村に確認）	1　市区町村長宛て　　2　医療機関宛て（医療機関名：　　　）	

接種を受ける人	フリガナ 氏　名	性別	生年月日	年齢	住　所
		男・女	明　大　昭 ・　・	歳	茨木市
		男・女	明　大　昭 ・　・	歳	茨木市
		男・女	明　大　昭 ・　・	歳	茨木市
		男・女	明　大　昭 ・　・	歳	茨木市
		男・女	明　大　昭 ・　・	歳	茨木市

※注意事項　　接種される市区町村により、茨木市の予診票が使えない場合や事前手続が必要な場合がありますので、**必ず接種を希望される前に市区町村の予防接種担当部署に依頼書の宛先等を確認の上、依頼書発行後に接種してください。**また接種費用は市区町村によって異なります。

（職員記入欄）

依頼書番号（　　　　　　　　　）

課長	課長代理	係長	受付

様式第４号（第４関係）

成人用肺炎球菌ワクチン予防接種実施依頼書交付申請書

年　　月　　日

＜対象者＞ 右記のいずれかに該当する場合に依頼書を発行できます。	□ 接種する日の属する年度に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳又は100歳となる者 □ 接種する日において60歳以上65歳未満の者で、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に重大な障害のあるもの（これらに該当することが分かる身体障害者手帳（１級）又は医師の診断書等が必要）

（申請先）茨木市長

申請者（依頼書送付先）	住所	〒	
	氏名		
	接種を受ける人との続柄		本人　・　その他　（　　　　）
	電話番号 （連絡の取れる番号）		－　　　－

茨木市以外の市区町村で成人用肺炎球菌ワクチン予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。
なお、申請要件の確認のため、予防接種を受ける者の住民基本台帳を市長が閲覧することに同意します。

接種を受ける人	フリガナ		性　別
	氏　名		男　・　女
	生年月日	年　　月　　日（　　　　歳）	
	住　所 電話番号	□ 上記と同じ □ 上記以外 （記入してください。）	茨木市 電話番号　　-　　-
予防接種名	成人用肺炎球菌ワクチン		
接種予定月	年　　月	公的接種期間:　　年　月　日から　　年　月　日	
接種医の所属する医療機関の市区町村	都道 府県　　　　　　市区 町村		
依頼書の宛先（医療機関の市区町村に確認）	1　市区町村長宛て　　2　医療機関宛て （医療機関名：　　　　　）		
申請理由	1　主治医での接種を希望 2　入院　・　入所中 3　その他（　　　　　　　）		

※注意事項　　接種される市区町村により、茨木市の予診票が使えない場合や事前手続が必要な場合がありますので、**必ず接種を希望される前に市区町村の予防接種担当部署に依頼書の宛先等を確認の上、依頼書発行後に接種してください。**また接種費用は市区町村によって異なります。

（職員記入欄）

依頼書番号（　　　　　　　　）

課長	課長代理	係長	受付

様式第５号（第４関係）

施設用

成人用肺炎球菌ワクチン予防接種実施依頼書交付申請書（施設用）

年　　月　　日

＜対象者＞ 右記のいずれかに該当する場合に依頼書を発行できます。	☐ 接種する日の属する年度に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳又は100歳となる者 ☐ 接種する日において60歳以上65歳未満の者で心臓、腎臓又は呼吸器の機能に重大な障害のあるもの（これらに該当することが分かる身体障害者手帳（１級）又は医師の診断書等が必要）

（申請先）茨木市長

申請者（依頼書送付先）		
	所在地	〒
	施設名	
	施設長	
	電話番号	

茨木市以外の市区町村で成人用肺炎球菌ワクチン予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。
なお、申請要件の確認のため、予防接種を受ける者の住民基本台帳を市長が閲覧することに同意します。

予防接種名	**成人用肺炎球菌ワクチン**	
接種予定月	年　　月	公的接種期間：　年　月　日～　年　月　日
接種医の所属する医療機関の市区町村	都道府県　　市区町村	
依頼書の宛先（医療機関の市区町村に確認）	１　市区町村長宛て　２　医療機関宛て（医療機関名：　　）	

	フリガナ 氏　名	性別	生年月日	年齢	住　所
接種を受ける人		男・女	明 大 昭 ・ ・	歳	茨木市
		男・女	明 大 昭 ・ ・	歳	茨木市
		男・女	明 大 昭 ・ ・	歳	茨木市
		男・女	明 大 昭 ・ ・	歳	茨木市
		男・女	明 大 昭 ・ ・	歳	茨木市

※注意事項　接種される市区町村により、茨木市の予診票が使えない場合や事前手続が必要な場合がありますので、**必ず接種を希望される前に市区町村の予防接種担当部署に依頼書の宛先等を確認の上、依頼書発行後に接種してください。**また接種費用は市区町村によって異なります。

（職員記入欄）

依頼書番号（　　　　　　）

課長	課長代理	係長	受付

様式第６号（第４関係）

茨　　第　　　号
年　月　日

様

茨　木　市　長　　　印

公的（定期）予防接種実施依頼書

次の者が、貴　　　　において公的（定期）予防接種を受けることを希望していますので、当該予防接種の実施を依頼します。

なお、当該予防接種に起因する健康被害等の問題が生じた場合は、本市が対処いたします。

接種に係る費用を徴収されている場合は、被接種者（保護者）から徴収してください。

予防接種名			
住　　所	茨木市		
氏　　名			
生年月日	年　　月　　日	性別	
保護者氏名			
交付理由			

※　予防接種の実施後は、次の連絡先まで予診票の写しとともに報告をお願いします。

連絡先　〒567-0031
大阪府茨木市春日三丁目13番５号
茨木市　こども育成部　子育て支援課（茨木市こども健康センター）
電話　　072-621-5901

様式第７号（第４関係）

茨　　第　　　号
年　月　日

様

茨　木　市　長　　　印

季節性高齢者インフルエンザ予防接種実施依頼書

次の者が、貴　　　　　において季節性高齢者インフルエンザ予防接種を受けることを希望していますので、当該予防接種の実施を依頼します。

なお、当該予防接種に起因する健康被害等の問題が生じた場合は、本市が対処いたします。

接種に係る費用を徴収されている場合は、被接種者（保護者）から徴収してください。

予防接種名			
住　　所	茨木市		
氏　　名			
生年月日	年　　月　　日	性別	
交付理由			

※　依頼書有効期間　：　　　年　月　日から　　　年　月　日まで

※　予防接種の実施後は、次の連絡先まで予診票の写しとともに報告をお願いします。

連絡先　〒567-0031
大阪府茨木市春日三丁目13番５号
茨木市　健康医療部　健康づくり課（茨木市保健医療センター）
電話　　072-625-6685

様式第８号（第４関係）

茨　　第　　　号
年　月　日

様

茨　木　市　長　　　印

成人用肺炎球菌ワクチン予防接種実施依頼書

次の者が、貴　　　　において成人用肺炎球菌ワクチン予防接種を受けることを希望していますので、当該予防接種の実施を依頼します。

なお、当該予防接種に起因する健康被害等の問題が生じた場合は、本市が対処いたします。

接種に係る費用を徴収されている場合は、被接種者（保護者）から徴収してください。

予防接種名			
住所	茨木市		
氏名			
生年月日	年　　月　　日	性別	
交付理由			

※　依頼書有効期間　：　　　　年　月　日から　　年　月　日まで

※　予防接種の実施後は、次の連絡先まで予診票の写しとともに報告をお願いします。

連絡先　〒567-0031
大阪府茨木市春日三丁目13番５号
茨木市　健康医療部　健康づくり課（茨木市保健医療センター）
電話　072-625-6685

様式第９号（第７関係）

公的（定期）予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

（宛先）茨木市長

次のとおり、委託医療機関以外の医療機関において自己の費用負担で受けた予防接種の費用の助成を関係書類を添えて申請し、及び請求します。

申請日		年　月　日		
申請者（保護者）	フリガナ		電話番号	-　-
	氏　名	㊞		
	住　所			
予防接種を受けた者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	住　所	茨木市 ※申請者と異なる場合のみ記入してください。		
予防接種を受けた場所		都道府県　市区町村		

予防接種の種類	補助上限額（A）	接種費用（B）	予防接種を受けた年月日
	円	円	年　月　日
	円	円	年　月　日
	円	円	年　月　日
	円	円	年　月　日
	円	円	年　月　日
	円	円	年　月　日
	円	円	年　月　日
	円	円	年　月　日
	円	円	年　月　日
	円	円	年　月　日

申請額（それぞれ（A）と（B）のうち少ない額を合計した額） 合計金額の左側に¥マークを記入してください。	万	千	百	十	一

助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

振込先口座（申請者名義）	金融機関名	銀行 金庫 農協	店　名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通　・　当座	フリガナ	
	口座番号	左詰め	口座名義	

〔同意〕

審査のため、私及び予防接種を受けた者の住民基本台帳を茨木市長が閲覧することに同意します。

申請者　㊞

〔添付書類〕

・医療機関の発行する領収書等

・母子健康手帳又は予防接種済証等

茨木市処理欄			確認	受付
	予防接種時住民登録確認			
	予防接種時年齢・接種歴確認			
	依頼書発行済確認			
	必要書類			

様式第10号（第７関係）

季節性高齢者インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

（宛先）茨木市長

次のとおり、委託医療機関以外の医療機関において自己の費用負担で受けた予防接種の費用の助成を関係書類を添えて申請し、及び請求します。

申請日		年　月　日		
申請者（予防接種を受けた者）	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名	㊞		
	住　所	茨木市 電話番号　-　-		
領収書に記載の医療機関等の市区町村		都道府県　市区町村		

補助上限額（A）	接種費用（B）	実費徴収金（C）※	予防接種を受けた年月日
円	円	円	年　月　日

申請額（（A）と（B）のうち少ない額から（C）を差引いた額） 左側に¥マークを記入してください。	万	千	百	十	一

※生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護世帯に属する人又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成６年法律第30号）による支援給付を受けている人は、実費徴収金（C）は０円となります。

助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

振込先口座（申請者名義）	金融機関名	銀行 金庫 農協	店　名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通　・　当座	フリガナ	
	口座番号	左詰め	口座名義	

〔同意〕

審査のため、予防接種を受けた者の住民基本台帳を茨木市長が閲覧することに同意します。

申請者　㊞

※〔添付書類〕
・医療機関の発行する領収書等
・予防接種済証等
※〔注意事項〕上部の申請者・振込先口座・下部の申請者の3ヶ所全て同じ氏名を記入してください。
朱肉を使う印鑑で押印してください。

			確認	受付
茨木市処理欄	予防接種時住民登録確認			
	予防接種時年齢・接種歴確認			
	依頼書発行済確認			
	必要書類			

様式第11号（第７関係）

成人用肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

（宛先）茨木市長

次のとおり、委託医療機関以外の医療機関において自己の費用負担で受けた予防接種の費用の助成を関係書類を添えて申請し、及び請求します。

申請日	年　月　日		
申請者（予防接種を受けた者） フリガナ		生年月日	年　月　日
氏　名	㊞		
住　所	茨木市 電話番号　-　-		
領収書に記載の医療機関等の市区町村	都道府県　市区町村		

補助上限額（A）	接種費用（B）	実費徴収金（C）※	予防接種を受けた年月日
円	円	円	年　月　日

申請額（（A）と（B）のうち少ない額から（C）を差引いた額）左側に¥マークを記入してください。		万	千	百	十	一

※生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護世帯に属する人又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成６年法律第30号）による支援給付を受けている人は、実費徴収金（C）は０円となります。

助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

振込先口座（申請者名義）			
金融機関名	銀行 金庫 農協	店　名	本店 支店 出張所
預金種別	普通　・　当座	フリガナ	
口座番号	左詰め	口座名義	

〔同意〕

審査のため、予防接種を受けた者の住民基本台帳を茨木市長が閲覧することに同意します。

申請者　㊞

※〔添付書類〕

・医療機関の発行する領収書等

・予防接種済証等

※〔注意事項〕上部の申請者・振込先口座・下部の申請者の3ヶ所全てで同じ氏名を記入してください。
朱肉を使う印鑑で押印してください。

処理欄（茨木市）		確認	受付
予防接種時住民登録確認			
予防接種時年齢・接種歴確認			
依頼書発行済確認			
必要書類			