

年 月 日

予防接種費用助成金申請書
(高齢者等に対する予防接種)

立川市長 殿

< 被接種者 > 住所

氏名

印

電話番号

※自署の場合は押印を省略することができます。

※代理人による申請の場合、委任状が必要です。

予防接種費用の助成金について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

請求金額		円 (予防接種費用助成金申請添付書の助成金申請額と一致すること)		
被接種者	住所	〒		
	フリガナ		生年 月 日	年 月 日
	氏名			
振込先 金融機関			支店	本店 支店
口座種別		普通・当座		口座番号
フリガナ				
名義人				

添付書類

- 1 領収書の写し（※予防接種の種類別にわかるもの）
- 2 予防接種の予診票又は問診票
- 3 予防接種費用助成金申請添付書
- 4 その他市長が必要と認める書類

※必ず接種日から1年以内に提出してください。

※振込口座は、申請者の名義のものに限ります。

予防接種費用助成金申請添付書

※接種日から1年以内に申請してください。

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
予防接種の種類	種目	医療機関名		接種日
				年 月 日

請求内訳	①予防接種費用 (領収書記載額)		②自己負担額	③助成対象経費 (①－②)	④助成金申請額 (上限額と③のいずれか低い額)
	インフル	円	2,500 円	円	円
	コロナ	円	2,500 円	円	円
	带状疱疹	円	4,000 円	円	円
	带状疱疹	円	(生ワクチン) 4,000 円	円	円
	带状疱疹	(不活化ワクチン・1回目) 円	(不活化ワクチン) 10,000 円		
	带状疱疹	(不活化ワクチン・2回目) 円	(不活化ワクチン) 10,000 円	円	円
	肺炎球菌	円	5,000 円	円	円

※生活保護受給者及び中国残留邦人支援給付金受給者は
②自己負担額欄の金額を二重線（＝）で訂正し、「0円」とご記入ください。