

記入例

年 月 日

予防接種費用助成金申請書

(高齢者等に代)

立川市長 殿

申請者は、
被接種者本人および成年後見人等に
限ります。

<被接種者>

立川市泉町 1156-9

氏名 **立川 一郎** 印

電話番号 **012-345-6789**

申請書の記入は、代筆が可能です。
(この場合も申請者欄の氏名は被接種者本人となります。)
代理申請の場合は**委任状**が必要です。

※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	28,874 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	〒190-0011 立川市泉町 1156-9	
	フリガナ	タチカワ イチロウ	生年月日 昭和30年 2月 28日
	氏名	立川 一郎	
振込先 金融機関	〇×銀行	支店	立川 本店 支店
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ	タチカワ イチロウ	1234567	
名義人	立川 一郎		

添付書類

- 1 領収書 (※予防接種費用の領収書。被接種者本人の口座を記入してください。)
- 2 予防接種の予約書
- 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

一般：1～3を添付。
生活保護受給者等：1～3の他に「**受給証明書**」の添付が必要です。

※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

記入例

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	タチカワ イチロウ	生年月日	昭和30年 2月 28日
	氏名	立川 一郎		
予防接種の種類	種目	医療機関名	接種日	
	インフルエンザ 帯状疱疹（不活化）	〇〇病院	令和6年11月15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	3,500 円	2,500 円	1,000 円
コロナ	円	6,500 円	円	円
帯状疱疹	円	(生ワクチン) 4,000 円		
帯状疱疹	(不活化ワクチン・1回目) 25,000 円	(不活化ワクチン) 10,000 円	15,000 円	13,937 円
帯状疱疹	(不活化ワクチン・2回目) 25,000 円	(不活化ワクチン) 10,000 円	15,000 円	13,937 円
肺炎球菌	円	6,000 円	円	円

助成上限額は
次ページをご参照ください。

※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。

予防接種費用助成上限額一覧

医療機関に支払った接種費用のうち、定期予防接種自己負担額を差し引いた残りの金額と助成上限額を比べて少ない方を記入してください。

令和7年度接種分 高齢者インフルエンザ接種費用助成上限額

一般の定期予防接種対象者	3,029 円
生活保護受給者等	5,529 円

令和7年度接種分 高齢者新型コロナ接種費用助成上限額

一般の定期予防接種対象者	9,179 円
生活保護受給者等	15,679 円

令和8年度接種分 高齢者肺炎球菌接種費用助成上限額

一般の定期予防接種対象者	6,858 円
生活保護受給者等	12,859 円

令和8年度接種分 带状疱疹接種費用助成上限額

一般の定期予防接種対象者（生ワクチン・ビケン）	5,889 円
生活保護受給者等（生ワクチン・ビケン）	9,889 円
一般の定期予防接種対象者（不活化ワクチン・シングリックス）	13,937 円/回
生活保護受給者等（不活化ワクチン・シングリックス）	23,936 円/回