

記入例

予防接種費用助成金申請書

(高齢者等に対し)

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。

<申請者> 住 立川市高松町 3-22-9

氏名 立川 一郎 印

電話番号 012-345-6789

被接種者との続柄 本人

※自署の場合は、押印を省略することができます

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。)
代筆の場合は委任状が必要です。

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	1,500 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 立川市高松町 3-22-9	
	フリガナ	タチカワ イチロウ	生年月日
	氏名	立川 一郎	昭和30年 2月 28日
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 (※予防接種の領収書)
- 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

被接種者本人の口座を記入してください。

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	
	インフルエンザワクチン	〇〇病院		令和5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)	
	4,000円	2,500円	1,500円	1,500円	

令和5年度立川市高齢者インフルエンザ定期予防接種自己負担額

一般の定期予防接種対象者	2,500円
生活保護受給者等※	0円

※生活保護受給者及び中国残留邦人支援給付金受給者

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5年度立川市高齢者インフルエンザ定期予防接種費用助成上限額

一般の定期予防接種対象者	2,958円
生活保護受給者等	5,458円

請求内訳（助成金申請額）の例

【例：接種費用4,000円の場合】

一般：4,000円 - 2,500円（自己負担額） = 1,500円

助成上限額と比べて低い額なので、1,500円が助成金額です。

生活保護受給者等：4,000円 - 0円（自己負担額） = 4,000円

助成上限額と比べて低い額なので、4,000円が助成金額です。