

予防接種費用助成金支給申請書

年 月 日

習志野市長 宛て

下記の通り、予防接種費用助成金の支給を受けたいので申請します。
また、申請の内容について市長が関係機関等に照会し、又は報告を求めることに同意します。

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名						
	現住所	〒 -					
	電話番号	(平日昼間つながるもの) - -					
振込先	銀行 金庫 組合 農協	店 支店 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	金融機関コード	店番号	口座番号	
	フリガナ						
	口座名義						

接種を受けた人	<input type="checkbox"/> 申請者本人	申請者ではない場合のみ記入	
		フリガナ	
		氏名	_____
		生年月日	_____年 月 日
		住所	習志野市 _____
		申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他()

◆ 修正液は使用できません。訂正の場合、二重線で消し、その上に書き直してください。

添付書類

- 1 予防接種費用助成金支給申請明細書
- 2 領収書
※接種又は予診した予防接種の内訳が明記されていなければ、明細書も添付(コピー可)
- 3 予診票 又は 予防接種の記録が記載されているもの(母子健康手帳※・接種済証等のコピー)
※母子健康手帳の写しの場合は、1ページの「出生届出済証明」(お子さんの名前・生年月日の確認用)と「予防接種の記録」のページ全てをコピーすること。

高齢者予防接種費用助成金 支給申請明細書

令和8年度 習志野市自己負担額
(ただし、生活保護受給者は免除)

高齢者肺炎球菌	3,500	円
带状疱疹(生)	2,500	円
带状疱疹(不活化)	6,500	円
インフルエンザ(標準量)	1,000	円
インフルエンザ(高用量)		円
新型コロナウイルス	6,500	円

接種を受けた人の名前

接種した予防接種名 (接種回数があるものは回数も記入)		接種日	接種した 医療機関名	接種費用	市メモ欄
1	一般・生活保護等	年 月 日		円	円
	回目				
2	一般・生活保護等	年 月 日		円	円
	回目				
3	一般・生活保護等	年 月 日		円	円
	回目				
4	一般・生活保護等	年 月 日		円	円
	回目				
合 計				円	円

※ 助成の対象金額は、接種費用から自己負担額を除いた金額です。その金額と、市が定める助成限度額のどちらか少ない方の金額を助成します。

予防接種費用助成金支給申請書

記入例

20××年 ○ 月 ○○ 日

習志野市長 宛て

下記の通り、予防接種費用助成金の支給を受けたいので申請します。
また、申請の内容について市長が関係機関等に照会し、又は報告を求めることに同意します。

申請者	フリガナ	ナラシノ ハナコ		生年月日	20××年 ○ 月 ○○ 日								
	氏名	習志野 花子											
	現住所	〒275-×××× 習志野市鷲沼1-△-△											
	電話番号	(平日昼間つながるもの) 0 4 7 - 4 5 3 - △ △ △ △											
振込先	銀行 金庫 組合 農協	習志野	津田沼 支店 出張所	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	金融機関コード	店番号	口座番号						
					● ● ● ●	× × ×	1 2 3 4 5 6 7						
	フリガナ	ナラシノ ハナコ											
	口座名義	習志野 花子											

接種を受けた人	<input type="checkbox"/> 申請者本人	申請者ではない場合のみ記入									
		フリガナ	ナラシノ タロウ								
		氏名	習志野 太郎								
		生年月日	19××年 ○ 月 ○○ 日								
		住所	習志野市 習志野市津田沼5-△-△								
		申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> その他(父)								

◆ 修正液は使用できません。訂正の場合、二重線で消し、その上に書き直してください。

添付書類

- 1 予防接種費用助成金支給申請明細書
- 2 領収書
※接種又は予診した予防接種の内訳が明記されていなければ、明細書も添付(コピー可)
- 3 予診票 又は 予防接種の記録が記載されているもの(母子健康手帳※・接種済証等のコピー)
※母子健康手帳の写しの場合は、1ページの「出生届出済証明」(お子さんの名前・生年月日の確認用)と「予防接種の記録」のページ全てをコピーすること。

高齢者予防接種費用助成金 支給申請明細書

令和8年度 習志野市自己負担額
(ただし、生活保護受給者は免除)

高齢者肺炎球菌	3,500	円
带状疱疹(生)	2,500	円
带状疱疹(不活化)	6,500	円
インフルエンザ(標準量)	1,000	円
インフルエンザ(高用量)		円
新型コロナウイルス	6,500	円

接種を受けた人の名前 習志野 太郎

接種した予防接種名 (接種回数があるものは回数も記入)		接種日	接種した 医療機関名	接種費用	市メモ欄
1	一般 生活保護等	20XX年	〇〇クリニック	6,000 円	
	インフルエンザ	●月 ●日			
2	一般 生活保護等	20XX年	〃	26,000 円	
	带状疱疹(不活)	●月 ●日			
3	一般・生活保護等	20XX年	XXX医院	26,000 円	
	带状疱疹(不活)	●月 ●日			
4	一般・生活保護等	年月日			
	回数	回目			
合計				円	円

※ 助成の対象金額は、接種費用から自己負担額を除いた金額です。その金額と、市が定める助成限度額のどちらか少ない方の金額を助成します。