

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	〒 ー														
	電話番号	(平日昼間つながるもの) ー ー														
振込先	銀行 金庫 組合 農協	店 支店 出張所	☐ 普通 ☐ 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	☐ 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 ☐ 子 ☐ 配偶者 ☐ 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)	使用中止	
新型コロナウイルス	4,500	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	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-×××× 習志野市鷺沼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	津田沼	店	金融機関コード	店番号	口座番号						
	習志野	支店	出張所									
	金庫組合農協	☒ 普通	☐ 当座	● ● ● ● × × ×	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	□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	☐ 子 ☐ 配偶者 ☒ 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)	使用中止	
新型コロナウイルス	4,500	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 インフルエンザ	一般	20××年 ●月 ●日	〇〇クリニック	6,000 円	円
	生活保護等	回目			
2 带状疱疹(不活)	一般	20××年 ●月 ●日	〃	26,000 円	円
	生活保護等	1 回目			
3 带状疱疹(不活)	一般・生活保護等	20××年 ●月 ●日	××××医院	26,000 円	円
	生活保護等	2 回目			
4	一般・生活保護等	年 月 日		円	円
	生活保護等	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。