

第1号様式（第6条関係）

带状疱疹ワクチン任意接種費助成金交付申請書兼請求書

令和6年1月11日

(宛先) 昭島市長

昭島市带状疱疹ワクチン任意接種費助成事業要綱第6条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。なお、助成金の交付に係る審査のため、予防接種の内容について医療機関等に照会することと同

押印が必要です  
(朱肉を使う印鑑をご使用ください)

1 申請者（被接種者）

フリガナ	アキシマ タロウ	生年月日	昭和48年10月31日 (接種日現在 50歳)
氏名	昭島 太郎		
住所	昭島市昭和町4-7-1		
電話番号	(平日昼間つながるもの) 090-XXXX-XXXX		

2 予防接種の内容・助成金の申請額（※いずれか一種類の予防接種のみ）

ワクチンの種類 (○を記入)	乾燥弱毒生水痘ワクチン (ビケン)	乾燥組換え带状疱疹ワクチン (シングリックス)	
		1回目	2回目
接種年月日		令和5年11月1日	令和6年1月5日
接種医療機関名		昭島くじらホスピタル	昭島くじらホスピタル
接種費用	円	25,000円	25,000円
助成費用	円(ア)	11,000円(イ)	11,000円(ウ)

医療機関の窓口で支払った接種費用をご記入ください

(ア) 5,000円もしくは「接種費用」の、低い方の金額を記入  
(イ)(ウ) 11,000円もしくは「接種費用」の、低い方の金額を記入

※ 生活保護受給者は上限が異なります

助成金の申請額 **22,000円**

3 助成

生活保護を受給しているかたは  
(ア) 10,000円もしくは「接種費用」の低い方  
(イ)(ウ) 20,000円もしくは「接種費用」の低い方  
の金額を記入

ゆうちょ銀行の場合、支店名は漢数字三桁(二三八など)になります

裏面の委任状への記載が必要です。

金融機関名	●▲● 銀行	支店等の名称	●■● 本店 ● 支店
口座種別	● 普通 ● 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	アキシマ ケイコ		
口座名義人	昭島 鯨子		

(裏面に続く)

申請者と異なる口座名義人の口座に振り込みを希望される場合は、以下に記入・押印をお願いします。

<b>委任状</b>		<b>接種されたかと口座名義人が異なる場合のみ 「委任状」欄をご記入ください。 同一の場合は不要です。</b>
私は、次の者を代理人（受任者）と定め、带状疱疹ワクチン任意接種費助成金の受領に関する一切の権限を委任します。		
受任者（口座名義人）	住所 <u>昭島市昭和町4-7-1</u>	<b>「委任状」欄の記入がある場合は押印が必要です。 (朱肉を使う印鑑)</b>
	氏名 <u>昭島 鯨子</u>	
委任者（申請者）	氏名 <u>昭島 太郎</u>	

**【申請に必要な書類】**

- ①申請書
  - ②接種したワクチンの写し
  - ③領収書の原本（予防接種名、接種日、金額、被接種者の氏名の記載及び領収印のあるもの）
  - ④振込先の口座番号、口座名義人がわかるもの（通帳の口座番号欄の写しなど）
  - ⑤委任状（申請者と異なる口座名義人の口座に振り込みを希望される場合のみ）
- ※ 必要書類が不足している場合、追加の書類を求めることがあります。

**申請に必要な書類がすべて揃っているかご確認ください。  
書類が不足していたり、記入内容に不備がある場合は助成金をお支払いできません。**

**【確認事項】**

接種日時点で昭島市に住民登録がある。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
接種日時点で50歳以上である。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
接種日は令和5年11月1日以降である。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
必要書類がすべて揃っている。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
過去に昭島市から带状疱疹ワクチンの費用助成を受けたことがない。 (シングリックス1回目の費用助成を受けたことがあり、今回2回目の助成申請を行う場合は「はい」にチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ