

※朱肉を使う印鑑を使用してください（スタンプ印は不可）

記入例

訂正する場合は修正液は
使用せず、取り消し線
の上に押印してください。

申請者住所	〒167-0051 杉並区荻窪5-20-1
申請者氏名	杉並 太郎
被接種者との関係	子
電話番号 (日中の連絡先)	03-3391-1025

高齢者予防接種費用助成金申請書兼請求書

杉並区定期予防接種費用助成金の受給を申請します。ついては、杉並区定期予防接種費用助成要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求しますので、決定金額を下記の口座に振り込んでください。

※太枠の中をご記入ください

接種を受けた方の住所	杉並区 阿佐谷南1-15-1
接種を受けた方の氏名	杉並 花子
生年月日	大正 10年 5月 1日 昭和

※事前に定期予防接種依頼書の交付を受けた予防接種の種類のみ申請及び請求が

予防接種の種類 (インフルエンザ・肺炎球菌・ 新型コロナ・带状疱疹のいずれかを記 入)	接種日	申請金額
インフルエンザ	令和 6年 10月 1日	2,000円
新型コロナ	令和 6年 11月 1日	10,000円
肺炎球菌	令和 6年 11月 15日	6,000円
申請金額合計		18,000円

申請金額は、「領収書の金額
－自己負担額」をご記入くださ
い。
ただし、上限額を超える場合は、
上限額を記入してください。

※自己負担額及び上限額は次
頁をご確認ください。

振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協 信用金庫	本店 支店 出張所	口座種別 普通 当座
口座番号（7桁）	1 2 3 4 5 6 7	フリガナ スギナミ ハナコ	口座名義 杉並 花子

※申請者と口座名義人が異なる場合には、下記の委任欄に申請者の記入・押印が必要となります

(委任欄)

私は、上記口座名義人に、被接種者に係る杉並区定期予防接種費用助成金決定額の受取りを委任します。

令和 6年 12月 1日

氏名 杉並 太郎

杉並

上記のほか以下全ての書類を郵送又は持参してください。

- ①予防接種費用が分かる領収証等原本 ※後日返却します
- ②予防接種の記録が分かるもの（予防接種予診票の写し等）
- ③通帳表面など口座情報が分かるものの写し

【送付先】 〒167-0051 杉並区荻窪5-20-1

杉並保健所 保健予防課 高齢者予防接種担当 宛

事務処理欄

担当者	管理番号	区分	決定金額
	-	免除 一般	円

自己負担額と助成上限額（令和7年度）

予防接種の種類			自己負担額	上限額
高齢者肺炎球菌	一般の方	昭和35年4月2日以降生まれの方	4,000円	4,525円
		昭和35年4月1日以前生まれの方	1,500円	7,025円
	自己負担免除の方		0円	8,525円
带状疱疹	一般の方	生ワクチン（ビケン）を接種された方	4,000円	4,851円
		組換えワクチン（シングリックス）を接種された方	11,000円	11,051円
	自己負担免除の方	生ワクチン（ビケン）を接種された方	0円	8,851円
		組換えワクチン（シングリックス）を接種された方	0円	22,051円