

こちらにも押印してください。

捨印



令和 6年 11月 10日

杉並区長 宛

※ゴム印やスタンプ印は不可

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
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。については、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。

※太枠内をご記入ください

接種を受けた方の住所	杉並区 荻窪5-20-1		
接種を受けた方の氏名	杉並 花子	生年月日	大正 昭和 34年 10月 1日

※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できます。

予防接種の種類 (インフルエンザ・肺炎球菌・ 新型コロナウイルスのいずれかを記入)	接種日	申請金額	
インフルエンザ	令和 6年 10月 20日	2,500円	
新型コロナ	令和 6年 10月 20日	12,500円	←
肺炎球菌	令和 6年 10月 22日	6,500円	
申請金額合計		21,500円	

高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種の場合は、領収書の金額-2,500円(自己負担額)をご記入ください。  
 高齢者肺炎球菌の場合は、領収書の金額-1,500円(自己負担額)をご記入ください。  
 生活保護受給者の方は領収書の金額をご記入ください。  
 上限額内で助成金額を決定いたします。

振込先金融機関	〇〇 銀行 信用金庫 農協 信用組合	△△ 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 3 4 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は、下欄の委任欄に記入・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 11月 10日

氏名 杉並 太郎

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 予防接種担当 宛

振込口座名義が申請者以外の場合、申請者の氏名を記入・押印してください。