

記入例

捺印

杉並

令和

8年

6月

1日

※朱肉を使う印鑑を使用してください（スタンプ印は不可）

鉛筆や消せるボールペンで記入された申請書は受付できません

訂正する場合は修正液は使用せず、取り消し線の上に申請者氏名横と同じ印鑑を押印してください。

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)	03-3391-1020

高齢者予防接種費用助成金申請書兼請求書

朱肉を使う印鑑で2箇所を押印してください。

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。鉛筆、消せるボールペンでの記入は不可

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 11年 5月 1日 昭和

いずれかにチェックをいれてください

自己負担の区分 いずれかの口にチェックを入れてください	☐ 生活保護又は中国残留邦人等の支援給付を受給している方 ☒ 左記に該当のない方
--------------------------------	---

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 7年 10月 1日	2,000円
新型コロナ	令和 7年 11月 1日	10,000円
带状疱疹	令和 8年 5月 1日	4,000円
申請金額合計		16,000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。

次頁の「自己負担額と助成金上限額表」をご確認ください。

振込先金融機関	〇〇 〇〇 〇〇	本店 〇〇 〇〇	口座種別 普通 当座
口座番号（7桁・右詰め）	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 8年 6月 1日	氏名 杉並 太郎

申請者氏名横と同じ印鑑を押印してください。

上記のほか以下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書等原本（複数ワクチンを合算した金額の場合、各ワクチン額の分かる明細書も必要）※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
- ④（生活保護を受給している方のみ）最新の保護証明書等の写し
- ⑤（中国残留邦人等支援給付を受給している方のみ）中国残留邦人等支援給付受給証明書等の写し

【提出先】 〒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				
受付日	担当者	管理番号	区分	決定金額
/		-	免除一般	円

自己負担額と助成金上限額表

《令和8年度接種分》

予防接種の種類 (接種期間)		自己負担額		助成金上限額		法律で定められた対象者
				4月～5月接種分	6月～3月接種分	
高齢者肺炎球菌 (65歳誕生日前日～66歳誕生日前日)	一般	昭和36年4月1日以前生まれの方	4, 000円	7, 711円	7, 733円	接種当日に満65歳の方
		昭和36年4月2日以降生まれの方	5, 500円	6, 211円	6, 233円	
	免除	0円		11, 711円	11, 733円	
带状疱疹 (当該年4月1日～翌年3月31日)	一般	生ワクチン(ビケン)を 接種された方	4, 000円	4, 851円	4, 873円	当該年度期間中に、65歳になる 方、経過措置70歳、75歳、80歳、 85歳、90歳、95歳、100歳になる方
		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	11, 073円	
	免除	生ワクチン(ビケン)を 接種された方	0円	8, 851円	8, 873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	22, 073円	
高齢者インフルエンザ (当該年10月1日～翌年1月31日)	一般	未定			未定	接種当日に満65歳以上の方(当該 年12月31日時点で満65歳以上の 方が対象)
	免除	未定			未定	
新型コロナウイルス感染症 (当該年10月1日～翌年3月31日)	一般	未定			未定	接種当日に満65歳以上の方
	免除	未定			未定	

※接種当日に満60～64歳で、かつ、心臓、じん臓、呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に障害を有する身体障害者手帳1級相当の方(带状疱疹はヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に障害を有する身体障害者手帳1級相当の方のみ)は、接種申し込みをすることで予防接種の対象者となります

※自己負担が免除となる方は、生活保護を受給している方、または、中国残留邦人等の支援給付を受給している方となります。

《令和7年度接種分》

予防接種の種類 (接種期間)		自己負担額		助成金上限額	法律で定められた対象者
高齢者肺炎球菌 (65歳誕生日前日～66歳誕生日前日)	一般	昭和35年4月1日以前生まれの方	1, 500円	7, 025円	接種当日に満65歳の方
		昭和35年4月2日以降生まれの方	4, 000円	4, 525円	
	免除	0円		8, 525円	
带状疱疹 (当該年4月1日～翌年3月31日)	一般	生ワクチン(ビケン)を 接種された方	4, 000円	4, 851円	当該年度期間中に、65歳になる 方、経過措置70歳、75歳、80歳、 85歳、90歳、95歳、100歳になる方 (令和7年度は100歳以上も含む)
		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	
	免除	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	
高齢者インフルエンザ (当該年10月1日～翌年1月31日)	一般	2, 500円		2, 941円	接種当日に満65歳以上の方(当該 年12月31日時点で満65歳以上の 方が対象)
	免除	0円		5, 441円	
新型コロナウイルス感染症 (当該年10月1日～翌年3月31日)	一般	2, 500円		13, 091円	接種当日に満65歳以上の方
	免除	0円		15, 591円	

※接種当日に満60～64歳で、かつ、心臓、じん臓、呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に障害を有する身体障害者手帳1級相当の方(带状疱疹はヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に障害を有する身体障害者手帳1級相当の方のみ)は、接種申し込みをすることで予防接種の対象者となります

※自己負担が免除となる方は、生活保護を受給している方、または、中国残留邦人等の支援給付を受給している方となります。