

申請者住所	〒
申請者氏名	印
被接種者との関係	
電話番号 (日中の連絡先)	

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。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				
接種を受けた方の氏名	生年月日	大正 昭和	年	月	日

自己負担の区分 いずれかの□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	決定金額	領収金額
	令和 年 月 日	円	円	円
	令和 年 月 日	円	円	円
	令和 年 月 日	円	円	円
申請金額合計		円	円	円
振込先金融機関	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・右詰め）		フリガナ		
		口座名義		

※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。	
年 月 日	氏名 印

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