

【定期】帯状疱疹予防接種助成金記入見本

様式第10号（第7各関係）

【必要添付書類】①領収書および明細書②予防接種を受けたことを証明する書類（予診票、予防接種済証の写し等）

○修正する際は、修正テープ等使用できません。修正する部分に、二重線を引き、訂正印を押し、正しい内容を記載してください

○接種してから1年を過ぎると助成対象外となります

交付申請書兼請求書

年 月 日

原則、接種者本人で請求してください

〒344-0000
住 所 春日部市0000

フリガナ
氏 名 春日部 太郎

電話番号 048-0000-0000



朱肉を必要とする印鑑

予防接種等助成金の交付を受けたいので、春日部市予防接種等助成金交付規程の規定により、下記のとおり申請します。

予防接種料金として、支払った金額をご記入ください

接種者氏名 生年月日	続柄	接種日	予防接種名 (回数)	予防接種料金 (円)	助成金額 (円)
春日部 太郎 〇年〇月〇日	本人	令和〇年〇月〇日	帯状疱疹 (1 回目)	〇〇〇〇 円	市役所記入欄 円
春日部 太郎 〇年〇月〇日	本人	令和〇年〇月〇日	帯状疱疹 (2 回目)	〇〇〇〇 円	円
年 月 日		年 月 日			円
年 月 日		年 月 日			円
助成金額合計					円

振込口座は原則、接種者本人名義の金融機関をご記入ください
接種者本人名義以外の口座をご指定の場合は、委任状が必要になります（記入の際は委任状注意事項を確認してください）

同じ人

上記の助成金は、下記の口座に振り込むよう依頼します。

金融機関	ゆうちょ 銀行 信用金庫 農協	〇三八 本店 支店	1 普通 2 当座	口座番号 0 0 0 0 0 0 0 0
	フリガナ	カスカベ タロウ		
	口座名義人	春日部 太郎		

【参考】 予防接種料金（支払った金額）から自己負担額を引いた金額が助成金の対象となりますが、助成金額には上限があります。また、帯状疱疹ワクチンの自己負担金額は種類によって異なります。

令和7年度（R7.4.1～R8.3.31）自己負担額及び助成上限額

	自己負担金額	市の助成上限額	自己負担金免除者 助成上限額
生ワクチン (乾燥弱毒生水痘ワクチン)	4,000円	4,860円	8,860円
不活化ワクチン (乾燥組換え帯状疱疹ワクチン)	1回につき 18,000円	1回につき 4,060円	1回につき 22,060円

※自己負担金免除者（生活保護受給者・支援給付受給者）は、
(生活保護受給者は受給証の写しを、支援給付受給者は本人確認証の写しを添付)