

裏面もご確認ください。

令和7年度 三鷹市带状疱疹任意予防接種助成金申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 三鷹市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1. 申請者及び被接種者

※太枠内の項目をご記入(1か所ご押印)ください。

申請者	フリガナ				接種を受けた者との続柄	
	氏名	印				
	住所	〒				
	電話番号					
被接種者	フリガナ	☐ 申請者 と同じ		生年 月日	大正 昭和 年 月 日 (満 歳)	
	氏名					
	住所	☐ 申請者 と同じ	〒			

2. 予防接種の内容 ※助成の対象はビケン又はシングリックスいずれか一方のワクチンのみです。

種類※1	接種回数(A)	支払った額(1回当たり)(B)※2	自己負担額(C)	助成対象基本額(D)=(B)-(C)※3	三鷹市基準額(E)	適用額(F)※4	申請額(G)=(A)×(F)
ビケン	回	円	4,500 円	円	4,852 円	円	円
ビケン(免除)	回	円	0 円	円	9,352 円	円	円
シングリックス	回	円	11,000 円	円	11,552 円	円	円
シングリックス(免除)	回	円	0 円	円	22,552 円	円	円

※1 ビケンは乾燥弱毒生水痘ワクチン、シングリックスは乾燥組換え带状疱疹ワクチンのことを指します。

※2 実費を支払い接種したワクチンの1回分の接種単価(税込)を記入

※3 支払った額から自己負担額を差引いた金額を記入

※4 助成対象基本額と三鷹市基準額のうち、低い方の金額を記入

3. 指定する振込先

振込先 口座	金融機関名	銀行・信用金庫・農協 信用組合・労働金庫								本店・支店 出張所	
	口座種別 (○で囲む)	普通・当座	口座番号								
	フリガナ										
	口座名義人										

三鷹市使用欄

上記申請に基づき、次のとおり带状疱疹任意予防接種助成金を支払うことを決定する。

交付額 円

決定年月日 年 月 日

検査	代理権査了
年 月 日 印	印

【誓約・同意事項】※各項目をご確認のうえ☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、三鷹市が必要と認めるときは、調査を行うことに同意します。	☐ はい
申請内容に偽り又は相違があり支給要件に該当しないことが判明した場合等は、支給済みの助成金を返還することに同意します。	☐ はい

【提出書類の確認】※確認をした書類に☑を入れてください。

- ☐被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類（マイナンバーカード、運転免許証など）の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）
- ☐振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）
- ☐接種費用の支払いを確認できる書類（領収書及び明細書、支払証明書など）

※原則、原本をご提出ください。

※接種を受けた方の氏名、接種年月日、医療機関名、ワクチン名及びワクチン単価が明記されていることが必要です。領収書に記載がない場合は、必ず明細書も添付してください。

- ☐予防接種を受けたことが確認できる書類（予診票、接種済証などの写し）

<以下、該当者のみ>

- ☐生活保護受給証明書・中国残留邦人等支援給付受給証明書
- ☐登記事項証明書（後見人等の方が申請する場合のみ）

※申請者と被接種者が異なる場合や必要書類が不足している場合等において、追加の書類を求めることがあります。