

東大和市長 殿

年 月 日

申請者
(※被接種者)

住所

フリガナ

氏 名

生年月日

電 話 番 号

※原則、申請者は被接種者としてください。被接種者以外を申請者とする場合は、余白に申請者の氏名住所等を記入してください。

令和 8 年度東大和市予防接種費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

定期 B 類の予防接種の種類	接 種 日	接種費用	助成の額
带状疱疹（不活化 1 回目）	年 月 日	円	円
带状疱疹（不活化 2 回目）	年 月 日	円	円
带状疱疹（生ワクチン）	年 月 日	円	円
肺炎球菌感染症	年 月 日	円	円
高齢者インフルエンザ	年 月 日	円	円
新型コロナウイルス感染症	年 月 日	円	円
助成金申請額		円	

添付書類	☐接種したワクチンの種類、接種日、回数がわかる書類（領収書の明細書、予診票の写し等） ☐接種したワクチンの接種費用がわかる書類（領収書等） ☐接種費用免除対象者であることを証する書類（生活保護受給証明書等）（※該当者のみ）
同意書	私は、予防接種費用の助成を受けるため、私と被接種者の住民基本台帳を閲覧し、また、予防接種の状況等について医療機関に照会することに同意します。 年 月 日 申請者（被接種者）氏名