

予防接種依頼書の交付を受けた方へ

「予防接種依頼書」に基づき23区外の施設等で定期予防接種を受け、接種費用を全額自己負担した場合は、医療機関が定める金額から自己負担額を差し引いた金額を助成します。(助成上限あり)。

ワクチン種別		区分	R7.4.1~ R8.3.31 接種分	R8.4.1~ R8.5.31 接種分	R8.6.1以降接種分
高齢者 インフルエンザ	標準量 HA ワクチン	全て	5,441 円	—	5,463 円
	高用量 HA ワクチン	全て	—	—	9,533 円
高齢者新型コロナ		一般	13,091 円	—	13,113 円
		生活保護	15,591 円	—	15,613 円
带状疱疹 (1回あたり)	水痘生ワクチン (ビケン)	一般	4,851 円	4,851 円	4,873 円
		生活保護	8,851 円	8,851 円	8,873 円
	不活化ワクチン (シングリックス)	一般	11,051 円	11,051 円	11,073 円
		生活保護	22,051 円	22,051 円	22,073 円
高齢者 肺炎球菌	自己負担額 4000 円	一般	4,525 円	7,711 円	7,733 円
		生活保護	8,525 円	11,711 円	11,733 円
	自己負担額 5000 円	一般	—	6,711 円	6,733 円
		生活保護	—	11,711 円	11,733 円

予防接種費助成申請（予防接種を受けた後）

1. 必要書類（3点）

- ① 品川区定期予防接種費（高齢者）助成申請書（同封書類）
- ② 領収書 ※領収印のないもの、請求書は不可
- ③ 予防接種予診票の本人控え または 「予防接種済証明」

2. 申請方法 本人またはご家族の方などが必要書類を提出してください。

【窓口提出】 午前8時30分から午後5時まで（土曜、日曜、祝日、年末年始除く）

- ・品川区保健予防課（品川区役所 7F） 品川区広町 2-1-36
- ・品川保健センター 品川区北品川 3-11-22
- ・大井保健センター 品川区大井 2-27-20
- ・荏原保健センター 品川区荏原 2-9-6

【郵送の場合】

〒140-8715 品川区広町 2-1-36 品川区保健予防課 予防接種担当

※郵送事故等による書類紛失防止のため、簡易書留やレターパック等、配達記録が残る方法として下さい。

3. 申請期限

接種を受けた日から **1年以内**（期限を超えた場合は助成を受けることができません）

【問合せ先】 品川区保健予防課 予防接種担当 TEL03-5742-9152

ウラ面に記入例があります。

記入見本

表面

予防接種を受けた本人

予防接種費（高齢者）助成申請書

（予防接種を受けた本人） 被接種者	フリガナ	シナガワ タロウ
	氏名	品川 太郎
	生年月日	明治・大正・昭和 38年 2月 8日（60歳）
	住所	〒140-8715 品川区広町2-1-36

裏面の合計額

助成申請額	20,000	円
振込先口座	金融機関コード (4桁) 9900	支店番号 (3桁) 108
	口座の種類 普通 当座	口座番号 (左詰め) 1111111
	フリガナ	シナガワタロウ
	口座名義人	品川 太郎

品川区長あて
この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について
なお助成金は、上記の口座に振り込みください。

2023年12月15日

請求者（予防接種を
※成年後見人の場合）

住所 〒140
品川

氏名 品川 太郎

電話 (03) 5742-9152(長女)

場合は、下記の委任状に記入が必要となります。

委任状

予防接種費の受取を委任いたします。

日

氏名

(請求者と同一)

予防接種を受けた本人の口座

・本人が口座を保有していない等の理由で本人以外の口座を指定する場合、

下記の委任状欄に請求者の氏名の記入・捺印してください。

・接種後にご本人様がお亡くなりになった場合は、相続人の口座を指定し、本人と相続人との関係を示す書類（戸籍謄本等）の写しを添付して

予防接種を受けた本人

ただし、本人が成年被後見人の場合は、後見人を請求者として記入し、登記事項証明の写しを添付

電話番号は、この申請についてわかる方のもthingとしてください。

記入不備等で確認が必要な際、区からご連絡させていただきます。

第1号様式 2-2 (第5条関係)

裏面

接種費用	
接種日	年 月 日 (歳)
医療機関名	
住所	
助成申請額	円

領収書の金額(2回合計額)

帯状疱疹ワクチン	
接種費用	50,000
接種日	(1回目) 2023年 9月 1日 (60歳)
接種日	(2回目) 2023年 12月 1日 (60歳)
医療機関名	□同上 横浜第一クリニック
住所	□同上 神奈川県横浜市 ● - ● - ●
助成申請額	20,000

助成申請額(2回合計額)

ただし、助成上限額(この用紙の表面)を超えない場合は、接種費用を記入。