第1号様式 2－1（第4条関係）

品川区定期予防接種費（高齢者）助成申請書

被接種者（予防接種を受けた本人）	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳）
	住所	〒

助成申請額	円

振込先口座	金融機関名	銀　行 信用金庫 信用組合		本　店 支　店 出張所
	金融機関コード（4桁）		支店番号（3桁）	
	口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号（左詰め）	
	フリガナ			
	口座名義人			

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、品川区が調査することに同意します。
なお助成金は、上記の口座に振り込みください。

年　　月　　日

請求者（予防接種を受けた本人または成年後見人※）
※成年後見人の場合は、登記事項証明の写しを添付

〒
住　所

氏　名

電　話（　　）

請求者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記入が必要となります。

委任状

私は、上記口座名義人に品川区定期予防接種費の受取を委任いたします。

年　　月　　日

氏名
（請求者と同一）

裏面も記入

≪以下、区事務処理欄≫

助成決定額	円

住民情報システム確認		接種済証確認		領収書確認		予防接種依頼書確認	

第1号様式２－２（第４条関係）

高齢者 ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ	接 種 年 月 日	年　　月　　日（　　歳）
	接種費用	円
	自己負担区分	一般　・　免除 （生活保護受給者等）
	医療機関名	
	住　所	
	医師の氏名	
助成申請額		円

高齢者 肺炎球菌	接 種 年 月 日	年　　月　　日（　　歳）
	接種費用	円
	自己負担区分	一般　・　免除 （生活保護受給者等）
	医療機関名	□同上
	住　所	
	医師の氏名	
助成申請額		円

新型 コロナ	接 種 年 月 日	年　　月　　日（　　歳）
	接種費用	円
	自己負担区分	一般　・　免除 （生活保護受給者等）
	医療機関名	□同上
	住　所	
	医師の氏名	
助成申請額		円

帯状疱疹	接種年月日	水痘生ワクチン※	年　　月　　日（　　歳）
		不活化ワクチン　1回目※ （シングリックス）	年　　月　　日（　　歳）
		不活化ワクチン　2回目※ （シングリックス）	年　　月　　日（　　歳）
	接種費用		円
	自己負担区分	一般　・　免除 （生活保護受給者等）	
	医療機関名	□同上	
	住　所		
	医師の氏名		
助成申請額			円

※助成は水痘生ワクチン、不活化ワクチン（シングリックス）いずれかに限ります。