

令和 年 月 日

相馬市長

住 所 相馬市中村字大手先 44

忘れずに認印を押印  
してください。

申請者 氏 名 相馬 太郎 (印) 【対象者との続柄 本人】

電話番号 0244-26-9422

|                                       |          |                 |                      |
|---------------------------------------|----------|-----------------|----------------------|
| 接種費用は、添付する『医療機関が発行した領収書』の金額を記入してください。 |          | ワクチン接種費用を請求します。 |                      |
|                                       |          | 接種費用②           | 助成額③<br>※①か②のいずれか低い額 |
| 生ワクチン                                 | 6,260 円  | 円               | 円                    |
| 組換えワクチン 1 回目                          | 15,460 円 | 22,060 円        | 15,460 円             |
| 組換えワクチン 2 回目                          | 15,460 円 | 22,060 円        | 15,460 円             |
| 生活保護世帯ワクチン区分                          | 助成額上限①   | 接種費用②           | 助成額③<br>※①か②のいずれか低い額 |
| 生ワクチン                                 | 8,860 円  | 円               | 円                    |
| 組換えワクチン 1 回目                          | 22,060 円 | 円               | 円                    |
| 組換えワクチン 2 回目                          | 22,060 円 | 円               | 円                    |
|                                       |          | 合計              | 30,920 円             |

|               |                |                                    |                            |
|---------------|----------------|------------------------------------|----------------------------|
| 助成対象者名        |                | 接種日は、添付する『予防接種済証等』の接種年月日を記入してください。 |                            |
| フリガナ          | ソウマ タロウ        | 姓                                  | 昭和 35 年 4 月 2 日<br>( 65 歳) |
| 相馬 太郎         |                | 名                                  |                            |
| ワクチン区分        | 接種日            | 接種医療機関名                            |                            |
| 带状疱疹ワクチン 1 回目 | 令和 7 年 4 月 3 日 | 〇〇病院                               |                            |
| 带状疱疹ワクチン 2 回目 | 令和 7 年 6 月 4 日 | 〇〇病院                               |                            |

|       |            |              |         |                       |
|-------|------------|--------------|---------|-----------------------|
| 金融機関名 | 支店名        | 種別           | 口座番号    | 口座名義                  |
| 〇〇銀行  | 〇〇<br>本・支店 | 1 普通<br>2 当座 | 1234567 | フリガナ ソウマ タロウ<br>相馬 太郎 |

&lt;添付書類&gt;

①予防接種済証の写し等の予防接種を証明するもの

&lt;注意事項&gt;

①振込先の口座名義は、請求者と同じ名義に限ります。

②訂正されるときは、訂正印を押印してください。（金額訂正は不可）

振込先は、『申請者』の口座を  
記入してください。