

荒川区風しん麻しん予防接種等費用助成金交付申請書兼請求書

荒 川 区 長 殿

年 月 日

申請者※振込口座名義人と同一にすること
 (郵便番号) —
 住 所
 氏 名
 電話番号 ()

下記のとおり風しん麻しん予防接種等費用助成金の交付を申請します。
 なお、本申請に当たり、被接種者の住民基本台帳等を確認することについて、同意します。
 助成金については、下記口座への振込みを希望します。

記

被接種者氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
住 所 (被接種時)	〒 — 荒川区 丁目 番 — 号	昼間の連絡先 電話 ()	
抗体検査又は 予防接種に要 した費用	円(裏面内訳の(オ)の金額)		
請求金額	円(裏面内訳の(カ)の金額)		

振込希望先 ※いわゆるネット銀行等、振込できない金融機関があります。詳細はお問合せください。

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店	金融機関 支店コード	金融機関				支店		
口座種別	01 普通・02 当座	口座番号								
口座名義 ※申請者と同一の 名義にすること	(カタカナ)									
	(漢 字)									

- 申請に必要なもの
- ①荒川区風しん麻しん予防接種等費用助成金交付申請書兼請求書（本用紙）
 - ②医療機関の領収書（接種費用の明細が分かるもの）
 - ③予防接種済予診票又は予防接種の記録のある母子健康手帳
 - ④振込希望先を確認できるもの ※郵送の場合、写し（例：預金通帳の写し）
 - ⑤（生活保護世帯の方及び中国残留邦人等支援給付世帯の方）証明できる書類の写し

申請期限 抗体検査又は接種後1年以内

別記第5号様式(第4条関係)

助成事業	予防接種の種類／助成回数	接種年月日	接種に要した費用(ア)	助成金額(イ)	助成上限額(ウ)	請求金額(エ)
風しん事業	風しん抗体検査	年 月 日	円	— 円	令和7年度 6,740円 令和8年度以降 6,750円	(ア)と(ウ)のいずれか少ない方の金額 円
	麻しん風しん混合ワクチン	年 月 日	円	— 円	令和7年度 10,858円 令和8年4月～5月 12,309円 令和8年6月以降 12,364円	(ア)と(ウ)のいずれか少ない方の金額 円
	風しん単抗原ワクチン	年 月 日	円	— 円	令和7年度 6,563円 令和8年4月～5月 7,568円 令和8年6月以降 7,590円	(ア)と(ウ)のいずれか少ない方の金額 円
麻しん事業	麻しん抗体検査	年 月 日	円	— 円	令和8年度以降 6,750円	(ア)と(ウ)のいずれか少ない方の金額 円
	麻しん風しん混合ワクチン	年 月 日	円	— 円	令和8年4月～5月 12,309円 令和8年6月以降 12,364円	(ア)と(ウ)のいずれか少ない方の金額 円
	麻しん単抗原ワクチン	年 月 日	円	— 円	令和8年4月～5月 8,800円 令和8年6月以降 8,855円	(ア)と(ウ)のいずれか少ない方の金額 円
合計金額			(オ) 円			(カ) 円

・生活保護世帯の方及び中国残留邦人等支援給付世帯の方は(オ)を記入