

令和 年 月 日

八王子市長 殿

申請者氏名 (フリガナ) ヨボウ ハナコ 被接種者との続柄 (本人)
住所 八王子市 町 丁目
電話番号 042-
代筆者氏名 (申請者との続柄)
電話番号

予防接種費助成金交付申請書

令和8年度(2026年度)八王子市予防接種費助成要綱第10条の規定により、予防接種費助成金の交付について、下記のとおり申請します。

記

Table with 3 columns: 申請金額 (30,000円), 氏名 (ヨボウ ハナコ), 生年月日 (昭和 年 月 日), 住所 (八王子市 町 丁目), 予防接種の種類 (RSウイルス感染症), 支払った金額 (A) (30,000円), 助成限度額 (B) (30,877円), 申請金額 ※(A)と(B)のうち少ない額 (30,000円)

予診のみを実施した方は下欄に記入してください。

Table with 3 columns: 支払った金額 (A) (円), 助成限度額 (B) (4,070円), 申請金額 ※(A)と(B)のうち少ない額 (円)

添付書類: [x] 予防接種予診票の写し [x] 領収書 (原本) [x] 領収金額の明細がわかるもの (確認後☑を入れてください。内容について、接種をした医療機関に確認を取らせていただく場合がございます。)

予防接種費助成金交付決定通知書等の送付先 (その他を選択した場合、送付先と宛名を記入)
[x] 申請者住所 [x] その他 (里帰り出産先等を指定する場合は、ご記入ください)

【提出先】 〒192-0046 八王子市明神町三丁目19番2号 東京たま未来メッセ庁舎・会議室棟5階
八王子市保健所 健康づくり推進課 予防接種担当 ☎ 645-5102

【市処理欄】

算定後申請金額 (交付額) 円

Table with columns for decision date (起案, 決裁, 施行), staff (課長, 主査, 主任, 係), and approval (受付印, 健推予)

情報公開・非公開の区分 部分公開 (第2号個人情報) 保存年限 5年
予算措置 : 令和8年(2026年) 一般会計 04衛生費 01保健衛生費 02予防費 18負担金補助及び交付金 (事業番号6025 予防接種)

※捨印



※印は朱肉で押印してください

# 予防接種費助成金交付請求書

日付は空欄で

令和 X 年 X 月 X 日

八王子市長 殿

- ・同一印を使用してください。
- ・朱肉の印名にて押印。
- ・印影が鮮明になるよう押印してください。

※金額・日付は未記入でお願いします。  
記入しますと、再提出をお願いする  
場合があります。

請求者 氏 名 予防 花子



※印は朱肉で押印してください

住 所 八王子市●●町●丁目●●●

電 話 番 号 042-●●●●-●●●●

日付は空欄で

令和 X 年 X 月 X 日付で交付決定通知のあった予防接種費助成金について、令和 X 年度（ X 年度）予防接種助成費要綱第12条の規定に基づき下記のとおり請求します。

記

請 求 金 額 ￥ 請求金額は空欄 円

被 接 種 者 氏 名 予防 花子

助成金は、下記の口座に振り込みを依頼します（口座振込み依頼）。

例	金融機関名称	支店名	店番
振込先	○○○ 銀行 金庫 組合・農協	□□□ 支店	1 2 3
	口座番号（右づめで記入）		口座名義（カタカナで記入）
	1. 普通	1 2 3 4 5 6 7	ヨボウ ハナコ
	2. 当座		

※ 振込先口座は請求者名義の口座を指定してください。請求者以外の名義口座へ振込を希望する場合は委任状の添付が必要です。委任状の書式はお問合せください。