

(第1号様式)

新宿区公害保健福祉事業におけるインフルエンザワクチン接種自己負担金
助成申請書兼請求書

公害医療手帳の記号番号		0 4 -	
被 認 定 者	氏 名		
	住 所		
	生年月日	昭和 年 月 日	年齢 歳

予防接種を受けた年月日	令和 年 月 日
予防接種を受けた医療機関	
請求金額 ※医療機関に支払った自己負担額	円

上記のとおり、インフルエンザワクチン接種費用助成金を申請及び請求します。

令和 年 月 日

請求者 住所

氏名

電話番号 ()

新宿区長 あて

[注意]

- * 請求の際は、領収書またはレシートを（貼り付けず）同封してください。
- * 領収書・レシートへの必要記載事項
①予防接種を受けた方の氏名②予防接種を受けた年月日
③自己負担した接種費用の金額
④「インフルエンザワクチン接種費用」であることの記載
⑤領収年月日⑥医療機関名称⑦医療機関の領収印
- * 鉛筆・消えるボールペンによる記入は無効です。
- * 請求書は令和9年3月31日（水）（必着）までに提出してください。

(第1号様式)

新宿区公害保健福祉事業におけるインフルエンザワクチン接種自己負担金
助成申請書兼請求書

記入例

公害医療手帳の記号番号		04 - 1234	
被 認 定 者	氏名	新宿 太郎	
	住所	新宿区〇〇町1-1-1	
	生年月日	昭和 ● 年 ● 月 ● 日	年齢 ● 歳

被認定者、請求者の押印は
不要です。

予防接種を受けた年月日	令和 ◆ 年 ◆ 月 ◆ 日
予防接種を受けた医療機関	〇△□クリニック
請求金額	■ ■ ■ ■ 円

※医療機関に

請求金額の訂正は一切できません。
訂正を希望される方は、公害保健係
へご連絡ください。

上記のとおり、

及び請求します。

令和 ▲ 年 ▲ 月 ▲ 日

請求者 住所 新宿区〇〇町1-1-1

氏名 新宿 太郎

電話番号 03 (3209) 1111

新宿区長 あて

[注意]

- * 請求の際は、領収書またはレシートを（貼り付けず）同封してください。
- * 領収書・レシートへの必要記載事項
 - ①予防接種を受けた方の氏名②予防接種を受けた年月日
 - ③自己負担した接種費用の金額
 - ④「インフルエンザワクチン接種費用」であることの記載
 - ⑤領収年月日⑥医療機関名称⑦医療機関の領収印
- * 鉛筆・消えるボールペンによる記入は無効です。
- * 請求書は令和9年3月31日（水）（必着）までに提出してください。