

新宿区公害保健福祉事業における新型コロナ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		0 4 - 5 6 7 8				
被 認 定 者	氏 名	日 本 花 子				
	住 所	〇〇県〇〇市〇〇町3-3-3				
	生年月日	昭和	年	月	日	年齢

① 接種を受けた年月日 ※10月1日以降であること(64歳の方は、65歳になる前日以降であること)	令和 8 年 11 月 10 日
② 接種を受けた医療機関	〇△□診療所
③ 自己負担額	5,500 円
④ 請求金額 ※自己負担額または区の指定する金額のうち、低い方の金額	4,500 円

上記のとおり、新型コロナ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

裏面の注意事項もご確認ください

[注意]

- * 請求の際は、領収書またはレシートを（貼り付けしないで）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（金額修正不可）
 - ④「新型コロナワクチン接種費用」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。