

第1号様式

記入見本

えんぴつや消えるボールペンでは記入
しないで下さい。

令和7年10月20日

(申請先)
横浜市長

接種日以降の日付を
記入してください。

公害健康被害被認定者予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

関係書類を添えて、予防接種費用助成金の交付申請および請求をいたします。
なお、助成金につきましては、公害健康被害補償給付振込口座届出書に記載の口座
への振込を希望します。

※太枠の中をご記入ください

公害医療手帳番号 (認定番号)	横浜-8888	被接種者	横濱 保子 (66才)
住 所	〒231-0005 本町 横濱市中区港町6-50		
電話番号	045-671-3824		
ワクチンの 種類	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ	自己負担額	2,300 円
	※定期接種の対象の方のみ <input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス 感染症	自己負担額	7,000 円
合計額	自己負担額の合計額を記入してください(1種類のみなら、その金額) 9,300 円		
決定欄	※事務局使用欄		

訂正する場合は、二重線を引き、
訂正印を押してください。
修正液やシャチハタは
使わないでください。

金額の訂正はできません
金額を間違えた場合は、新しい
用紙に書き直してください。

添付書類：インフルエンザまたは新型コロナウイルス
自己負担費用が証明できる書類(原則とし

《申請者》 ※本人以外の場合、下記に記載してください。

氏 名： (被接種者との関係)

住 所：

電話番号：

事務局使用欄：受理日
備 考

申請者が本人以外の場合はご記入ください。
(例：長男/長女/施設職員など)

申請書等の不備等があった場合にご連絡すること
があります。