

(申請先)
横浜市長

横浜市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)	横浜一	被接種者	
住 所	〒		
電話番号			
ワクチンの 種類	☐ インフルエンザ	自己負担額	円
	※定期接種の対象者のみ ☐ 新型コロナウイルス 感染症	自己負担額	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) 円		
決定欄	※事務局使用欄 円		

添付書類：インフルエンザまたは新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けた際の
自己負担費用が証明できる書類（原則として、領収書・診療明細書の原本）

《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