

別記様式（第4条関係）

新型コロナウイルス感染症予防接種費用助成請求書

公害医療手帳の記号番号	板橋（19）－		生 年 月 日	
被認定者氏名		男 ・ 女	年 月 日	
予防接種医療機関名	病院 医院（診療所） クリニック			
自己負担金額 （実際に支払った金額）	円	支給決定金額	※ 円	

※の欄は記入しないで下さい。

【注意】 自己負担金額が助成上限額に満たない場合は自己負担金額を助成します。

添付書類を添えて、新型コロナウイルス感染症定期予防接種に係る自己負担金を請求します。  
なお、助成金は届出口座に振り込んでください。

年 月 日

請求者 住 所  
氏 名  
電話番号

（宛先）板橋区長

振 込 口 座	銀 行 信用金庫 信用組合		支店	
	口座番号		種別	普通・当座
	(フリガナ) 氏 名			

【注意】 振込口座が未記入の場合、障害補償費・療養手当が振り込まれている口座に入金します。  
それ以外の口座をご希望の場合には、必ずご記入ください。

【注意事項】

- ・令和8年3月31日までの実施分について、令和8年4月2日（必着）までに請求してください。
- ・領収書は氏名、金額、接種日、新型コロナウイルス感染症に係る定期予防接種であることが記載されたものを添付してください。
- ・予防接種済み予診票の写し（コピー）を添付してください。
- ・フリクション（消せるボールペン）は使用しないでください。
- ・ご本人様名義以外の口座に振り込む場合には委任状が必要になります。