対象者の方へ

江戸川区帯状疱疹ワクチン任意予防接種償還払いについて

令和５年４月1日から令和５年8月31日までの間に帯状疱疹ワクチンを自費で接種した方には償還払い制度があります。
別紙記入例を参考に、申請書兼請求書を記入し、必要書類とあわせて郵送で申請してください。

対象者（以下について、すべて該当する方）

１．接種日時点で江戸川区に住民登録がある方
２．接種日時点で満50歳以上の方
３．令和５年４月１日から令和５年８月31日までの間に自費で接種した方

※ **江戸川区外の医療機関で接種した場合も助成の対象**です

必要書類　※提出いただいた書類は返却不可

１．申請書兼請求書
２．本人確認書類のコピー**（運転免許証（両面）・健康保険証（両面）等）**
３．接種記録が確認できる書類のコピー**（予防接種済証等）**
４．接種費用の支払いを証明する書類の原本**（領収証・明細書、支払証明書等）**
５．振込口座の銀行名・支店名・口座番号・口座名義が確認できる書類のコピー
（通帳・キャッシュカード等）

※ 申請者は原則、接種した本人ですが、本人以外が申請する場合は、**委任状**が必要です

助成金額（１回につき）

生ワクチン：　5,000円（１回まで）
不活化ワクチン：　10,000円（２回まで）

※ 助成は**いずれか一方のワクチン**のみ

申請方法

郵送のみ

【郵送先】
〒132-8507（住所不要）
江戸川区 健康部 健康サービス課 健康サービス係 予防接種担当宛

申請期限

令和７年３月31日

振込みまでの期間

申請から１～２か月

裏面へつづく

よくある質問

Q：申請方法は？

A：申請は**郵送申請のみ**です。必要書類を下記郵送先にお送りください。

【郵送先】
〒132-8507（住所不要）
江戸川区 健康部 健康サービス課 健康サービス係 予防接種担当宛

Q：申請書が欲しいがどうすればいい？

A：電子申請にて請求していただければ、郵送でお送りします。
また、ホームページからダウンロードすることも可能です。
なお、区内の健康サポートセンターの窓口でも配付しています。

申請書の請求は こちらから

区HPからダウンロードは こちらから

区内の健康サポートセンターは 以下８か所です

中央健康サポートセンター	中央４-24-19
小岩健康サポートセンター	東小岩3-23-3
東部健康サポートセンター	瑞江2-5-7
清新町健康サポートセンター	清新町1-3-11
葛西健康サポートセンター	中葛西3-10-1
鹿骨健康サポートセンター	鹿骨1-55-10
小松川健康サポートセンター	小松川3-6-1
なぎさ健康サポートセンター	南葛西7-1-27

Q：領収証・明細書を紛失してしまった…どうすればいい？

A：接種した医療機関で再発行が可能であれば再発行してもらってください。
再発行ができない場合は、別紙「帯状疱疹ワクチン任意予防接種償還払い申請用証明書」を医療機関に記入してもらってください。

※ 医療機関によっては、「帯状疱疹ワクチン任意予防接種償還払い申請用証明書」を作成するのに費用が発生しますが、その費用に対する助成金はありません。

Q：不活化ワクチン２回目接種が９月以降になるが、２回目接種はどうすればいい？

A：９月以降は償還払いの対象にはなりません。不活化ワクチンの２回目接種は区内の指定医療機関に設置してある予診票を使用して接種してください。
接種した際に、接種費用から助成額をひいた金額をお支払いしていただきます。

ただし、指定医療機関以外（区外のかかりつけ医療機関等）でしか接種できない特別な事情がある場合は、下記“問い合わせ先”にご相談ください。

【問い合わせ先】 江戸川区 健康部 健康サービス課 健康サービス係
電話：03-5661-2473

第１号様式

記入しない

記入例

帯状疱疹ワクチン任意予防接種償還払い申請書兼請求書

記入日を記入してください

令和　5　年　9　月　1　日

江戸川区長　殿

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請しま
また、この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種
医療機関等における情報について、江戸川区が必要と
及び
します。

押印は2箇所です
※シャチハタ不可

捨印
江戸川

※申請できるのは、原則、接種を受けた本人に限ります。被接種者以外が申請する時は、別途委任状をご提出ください。

申請者	フリガナ	エドガワ　タロウ	接種を受けた者との続柄	本人
	氏　名	江戸川　太郎　江戸川		
	現住所	〒 132－8507 江戸川区中央4－24－19		
	電話番号	03－5661－2473		
被接種者	フリガナ	☑ 申請者と同じ	生年月日	1973 年 1 月 1 日（満 50 歳）
	氏　名	申請者と異なる場合は記入してください		
	現住所	☑ 申請者と同じ　〒　申請者と異なる場合は記入してください		
	接種日時点の住所	□ 現住所と同じ　〒 134－0083 江戸川区　中葛西3－10－1		

接種ワクチン等	ワクチン種類	回数	接種年月日	申請額
※①・②いずれかチェックしてください	□ ①生ワクチン（ビケン）	1回目	令和５年　月　日	円
	☑ ②不活化ﾜｸﾁﾝ（ｼﾝｸﾞﾘｯｸｽ）	1回目	令和５年 4 月 5 日	10,000 円
		2回目	令和５年 6 月 5 日	10,000 円

接種医療機関		
	名　称	●△クリニック
	住　所	江戸川区中央1－4－1

申請額は、1回につき以下金額です
生ワクチン：5,000円
不活化ワクチン：10,000円

※不活化ワクチンを接種した方で、１回目と２回目の医療機関が異なる場合は２回目の医療機関を以下に記入

接種医療機関		
	名　称	
	住　所	

"不活化ワクチン"を接種した方で、1回目と2回目の医療機関が異なる場合は記入してください

区担当者記入欄　※申請者は記入不要　　健康サービス課

記入しない

私が受領する任意予防接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先金融機関		○▲□ 銀行 信用金庫 信用組合															×× 支店 出張所														
		銀行コード	1	2	3	4									支店コード	1	2	3													
振込口座	口座種別	1　普通													口座番号										1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	エ	ド	ガ	ワ		タ	ロ	ウ																						
	口座名義	江戸川　太郎																													
依頼人（申請者）氏名		江戸川　太郎																													

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

委任状

私は、上記口座名義人に[illegible]

令和　　年　　月

申請者氏名と”異なる名義”の口座に振り込みを希望する場合は記入してください

【提出書類等】

☑	本申請書の表面２箇所押印
☑	被接種者の氏名・住所・生年月日が確認でき[illegible] ※運転免許証、健康保険証（両面）などいず[illegible]
☑	接種記録が確認できる書類の写し（予防接種済証等）
☑	接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限る。
☑	振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）
☑	（口座名義や領収書の宛名等が旧姓の場合）免許証の裏書等、新姓と旧姓が確認できるものの写し

大切な内容です
必ず確認してから”✔”を記入してください
すべて”✔”となってから提出してください

※申請者と被接種者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。

※提出いただいた書類は返却できません。事前に必ずコピーをお取りください。

【区担当者記入欄】※申請者は記入不要です。

	□ ①接種日時点で[illegible]区に被接種者の住民登録がある
	[illegible]
	[illegible]

記入しない

第２号様式

記入例

※文書料は自己負担となります

記入しない

帯状疱疹ワクチン任意予防接種償還払い申請用証明書

記入日を記入してください

令和　　年　　月　　日

江戸川区長　殿

申請者が住所・氏名・生年月日を記入してください

（被接種者情報）※申請者が記入

住　　所：　**江戸川区中央4－24－19**

氏　　名：　**江戸川　太郎**

生年月日：　**昭和48年1月1日**

予防接種を受けた医療機関に記入してもらってください

上記の者が帯状疱疹ワクチンを接種したことを証明します。

ワクチンの種類	□　生ワクチン（ビケン）
	□　不活化ワクチン（シングリックス）

回　数	接種年月日	領収額（税込）
１回目	年　　月　　日	円
２回目 ※不活化ワクチンのみ	年　　月　　日	円

実施医療機関名：

住　　所：

電　話　番　号：

医師署名又は記名押印：