

带状疱疹の予防接種費用を 助成しています！

50歳以上の方の带状疱疹予防接種費用の一部を助成しています。

予防接種を済ませましたら、お早めに申請をお願いします。

対 象 者 接種日時点で市内に住所を有する50歳以上の方

予 防 接 種 令和8年3月31日までにを行った带状疱疹予防接種

助 成 金 額 等 接種1回につき 4,000 円
(生ワクチン 1 回、不活化ワクチン 2 回※)

助 成 回 数 1人につき 1 回
(不活化ワクチンは接種 2 回分を一括して申請)

申 請 方 法 次の書類を添えて入間市健康福祉センター地域保健課へ申請してください。
申請期限は、令和8年3月31日までです。

(不活化ワクチンの場合は 2 回目の接種終了後に申請してください。)

- ① 予防接種済証明書 ② 予防接種の領収書
- ③ 窓口申請のときは、口座番号のわかるもの(通帳など)

※ 対象となるワクチンは、ビケン®またはシングリックス®です。

※ 助成は生涯に 1 回のみです。申請から振込みまでは 1 か月から2か月程度かかります。

※ 必要書類の記載内容により、追加で書類の提出をお願いすることがあります。

※ 令和8年4月1日以降の予防接種は助成の対象外となりますのでご注意ください。



入間市マスコットキャラクター
いるティー

【郵送申し込み先・問い合わせ】
入間市健康福祉センター 地域保健課
入間市上藤沢730-1
☎04-2966-5513

記入例

様式第1号（第5条関係）

入間市带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 7 年 4 月 1 日

（宛先）入間市長

申請者 住 所 入間市下藤沢 846-1
氏 名 入間 太郎
電話番号 04-2966-5513

入間市带状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、入間市带状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請し、及び請求します。

1 予防接種の内容

接種を受けた者の氏名	入間 太郎	生年月日	昭和 45 年 1 月 1 日
接 種 日 の 住 所	☐ 現住所と同じ 入間市豊岡1-16-1 （現住所と異なる場合のみ記入）		
予防接種の種類及び回数	☐ ビケン（生ワクチン）		1 回
	☒ シングリックス（不活化ワクチン）		2 回
接 種 日	1 回目 令和7年 4 月 1 日 2 回目 令和7年 6 月 1 日	接種費用合計	50,000 円
助 成 申 請 額	8, 000 円（4, 000 円 × 2 回）		
接 種 医 療 機 関 名	入間市上藤沢クリニック		
接 種 医 療 機 関 所 在 地	入間市上藤沢 730-1		

2 振込先

振込先	金融機関名	黒須 銀行・信用金庫 農業協同組合 豊岡支 店
	預 金 種 目	☒ 普通 ☐ 当座 口座番号 1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ	イルマ タロウ
	口 座 名 義	入間 太郎

※ 申請者と異なる名義人の口座に振り込みを希望する場合には、ご記入ください。

私は、上記口座名義人に、入間市带状疱疹予防接種費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日 申請者氏名