

带状疱疹ワクチン

接種費用を一部助成します

対象となるワクチン接種

令和8年4月1日～令和9年3月31日に接種した
带状疱疹ワクチン接種
(ビケン[生ワクチン]または シングリックス[不活化ワクチン])



対象者

接種日時点**50歳以上**
かつ、
年度末時点**64歳以下**
の明石市民

助成金額

4,000円
(1人1回限り)

申請期限

令和9年
5月11日

※ 定期接種の対象者または自治体が行う類似の助成を受けたことがある場合は対象外となります。

※ シングリックス[不活化ワクチン]は、2回接種のうちいずれか1回を助成します。

※ 本助成事業とは別に、65歳以上の5歳刻み年齢の方を対象に高齢者带状疱疹予防接種を実施しています。

◆ 申請方法 ◆

全額自費で接種後、次の書類すべてを用意し、
オンライン申請 または 裏面の申請書 により保健予防課へ請求してください。

※接種にかかる費用は医療機関により異なりますので、医療機関へお問い合わせください。

- ・「領収書」の写し
- ・「接種済証明書や予診票」の写し

詳しくは市のホームページから

明石市 带状疱疹ワクチン



市で受付・審査後、指定口座へ約6～8週間で助成金を振込します。

お問い合わせ・請求書提出先

明石市 保健予防課

〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通1-4-7 あかし保健所4階

電話 918-5668 FAX 918-5584

明石市帯状疱疹ワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

ご注意ください!!

本書の提出期限は、予防接種を受けた日の属する年度の末日から起算して6週です。

※太枠内をご記入ください。

フリガナ				生年月日
被接種者氏名				年 月 日
接種したワクチン	接種年月日	接種医療機関名	予防接種に要した費用	
生ワクチン（乾燥弱毒生水痘ワクチン）または不活化ワクチン（乾燥組換え帯状疱疹ワクチン）	年 月 日		円	
明石市長様	請求金額			円
※4,000円または接種にかかった費用のいずれか低い額				
上記予防接種に要した費用について、関係書類を添えて申請するとともに請求します。 審査に際し、申請者及び被接種者にかかる住民登録情報を閲覧することを承諾します。				
郵便番号				年 月 日
申請者及び請求者	住所			
(本人・保護者等)	氏名	(続柄)	印	
携帯電話番号				
自宅電話番号				

捨印

同じ印鑑を押ししてください。

次の名義の口座に、口座振替による支払いを依頼します。

なお、請求者と口座名義人が異なる場合は口座名義人に受領委任します。

振込先 金融機関	銀行	本店	金融機関コード(4桁)		店番(3桁)		
	信用金庫	支店					
	農協	出張所					
普通・当座	口座番号(7桁)	フリガナ					
		口座名義人					

<添付書類>

①～②すべて

- ① 予防接種に係る医療機関発行の領収書（写し可）
※原本の返却を希望される場合はその旨お申し出ください。
- ② 接種済証明書や予診票など予防接種を受けたことが分かる書類（写し可）
※接種日、接種医療機関、使用ワクチンが記載されたもの

※ゆうちょ銀行の口座を指定される場合

- 郵便振替に使用する記号番号ではお振り込みできません。
- 通帳表紙を開いた下側のページの「この口座を他金融機関からの振込みの受取口座として利用される際は、次の内容をご指定ください。」欄に記載されている【店名・店番・預金種目・口座番号】を記入してください。
(記入例) 銀行名：ゆうちょ銀行 金融機関コード：9900
支店名(店番)：四三八(※ご不明な場合は、ゆうちょ銀行にお問い合わせください。)
口座種類：普通 口座番号：1234567(※7桁です)

【明石市処理欄】

- 明石市民 対象要件 整理番号 _____
 接種証明書等 領収書 ロットNo. _____

振込決定額
円