豊中市高齢者用肺炎球菌予防接種事業一部負担金不要証明書発行申込書

（宛先）豊　中　市　長

豊中市高齢者の肺炎球菌予防接種事業実施要綱に基づき、次のとおり高齢者用肺炎球菌予防接種事業にかかる一部負担金不要証明書の発行を申し込みます。

なお、申込者及び世帯全員の市民税課税状況、生活保護受給状況、または中国残留邦人等支援給付受給状況を確認することを承諾します。

申込者（太枠内をご記入ください。）

申込日：　　年　　月　　日

質問１	申込日現在、あなたの年齢は「満６５歳」ですか。	はい　・　いいえ ※60 歳～64 歳の方で身体障害者手帳１級（心臓、腎臓、呼吸器の機能障害、HIV）をお持ちの方は、手帳等のコピーの添付により申込可能です。
質問２	過去に肺炎球菌の予防接種（２３価）を受けたことがありますか。	はい　・　いいえ ※「はい」の場合は定期接種として接種できません
質問３	本年１月１日現在、豊中市にお住まいでしたか。	はい　・　いいえ ※「いいえ」の場合、世帯非課税を証明する書類（介護保険納入通知書等）のコピーを添付してください。
質問４	「高齢者肺炎球菌予防接種　接種券」（ピンク色のはがき）はお持ちですか。	はい　・　いいえ ➡「いいえ」の場合、再発行を希望しますか （　はい　・　いいえ　）

住　所	〒　　－ 豊中市	生年月日	明治 大正 昭和　　年　　月　　日 （西暦）　満　　歳
フリガナ			
名　前		電話番号	－　　－

該当する項目にチェックしてください。	☐ 世帯全員が市民税非課税の者
	☐ 生活保護世帯に属する者
	☐ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受ける者

※被接種者本人以外が申込書を提出する場合は、下記にご記入ください。

（提出代行者記入欄）	（送付先）※送付先が上記住所と異なる場合は、ご記入ください。
氏名（施設名等）：	住所：〒
電話番号：	
続柄（関係）：	連絡先：

市記載欄			
	市民税課税状況		☐ 台帳確認済み
	生活保護受給状況		☐ 台帳確認済み
	中国残留邦人等支援給付受給状況		☐ 台帳確認済み
	その他		☐
	発行日：　　年　　月　　日		受付方法：　窓口　・　郵送
	受付者	確認者	【ダブルチェック（確認者が記入）】 ☐ 氏名･住所･生年月日確認済 ☐ 65 歳か確認済（60-64 歳の場合、身障手帳１級の写し･疾病名確認済） ☐ 送付先住所確認済 ☐ 接種歴が無いことを確認済 ☐ 接種券再発行希望の場合、接種券の同封及び宛名情報を確認済