

令和8

豊中市【肺炎球菌】予防接種事業 一部負担金不要証明書 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、発行の可否を判断するため、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豊中市が確認することを承諾します。

◆太枠内をご記入ください

		申込日	令和	年	月	日
質問①	申込日現在、あなたの年齢は「満65歳」ですか。 ※「いいえ」の場合、60歳～64歳で身体障害者手帳1級相当(心臓・腎臓・呼吸器の機能障害、HIVによる免疫機能障害による)の人は申請可能です。手帳のコピーまたは医師の診断書(「疾病名」及び「身体障害者手帳1級相当であること」を記載)添付してください。	はい・いいえ				
質問②	令和8年6月までの申込 ➡ 令和7年1月1日現在、豊中市にお住まいでしたか 令和8年7月以降の申込 ➡ 令和8年1月1日現在、豊中市にお住まいでしたか ※「いいえ」の場合、非課税世帯・生活保護世帯等を証明する書類(介護保険料決定通知書、介護保険負担限度額認定証、休日・夜間受診票等)のコピーを添付してください。	はい・いいえ				
質問③	「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
フリガナ 氏名		電話番号	満()歳 - -			
該当する項目1つに☑	<input type="checkbox"/> 世帯全員が市民税非課税の者 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 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					

(提出代行者記入欄)※接種希望者本人の了承を得て、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 氏名: (施設名等) TEL: 続柄: (関係)	【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。 送付先 〒 住所: TEL:
---	--

【以下豊中市記入欄】(記入しないでください)

整理番号: 26-

税システム 等確認	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	発行日	令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯					
	<input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給世帯	受付	窓口・郵送			
	<input type="checkbox"/> その他 ()	ログ入力	無料券発行履歴入力 済 <input type="checkbox"/>			
受付者	【ダブルチェック(確認者が記入)】 <input type="checkbox"/> 氏名・住所・生年月日確認 <input type="checkbox"/> 満65歳か確認(60-64歳の場合、手帳1級または診断書の写し・疾病名確認) <input type="checkbox"/> 税システムで非課税世帯・生保世帯であるか確認 <input type="checkbox"/> 発行履歴のログ入力を確認					【備考欄】
確認者	<input type="checkbox"/> 接種歴がないことを確認 <input type="checkbox"/> 接種券再発行希望の場合、接種券発行履歴の入力及び接種券の同封を確認					
	<input type="checkbox"/> 送付先住所・宛名確認 <input type="checkbox"/> 送付書、証明書等全ての書類が同一人物か確認					

豊中市保健所 健康危機対策課 ワクチン係 〒561-0881 豊中市中桜塚4-11-1 ☎06-6152-7329