

令和8

豊中市インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症予防接種事業
一部負担金不要証明書 申込書

(宛先)豊 中 市 長

豊中市インフルエンザ予防接種事業実施要綱及び豊中市新型コロナウイルス感染症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。

◆太枠内の項目をご記入ください

		申込日	令和	年	月	日
全員必須 申込するワクチン名に○→		☐ インフルエンザワクチンと コロナワクチン両方申込	☐ インフルエンザ ワクチンのみ申込		☐ コロナワクチン のみ申込	
同意欄	65歳以上の方のみ「必ず」記入してください 来年度以降は本申込書の提出を省略し、 証明書を住民登録地の住所へ送付することに同意します。 (他の住所へは送付できません) ※この項目の「同意する」に○をした人は、 来年度以降、本申込書の提出は不要です。 ※60～64歳の方は、添付書類の確認のため、毎年申し込みが必要です。					65歳以上の人 必須 同意する ☐ 同意しない ☐
	質問① 今日現在、あなたの年齢は65歳以上ですか ※「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)の人は申込可能です。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
住所	〒	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
		年齢	歳			
フリガナ 氏名			電話番号	- -		
該当する 項目1つに ☑	☐ 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					

(提出代行者記入欄)※被接種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。 上記同意欄の「同意する」に○をした人は、来年度以降は住民登録地への送付となりますのでご注意ください。 送付先 〒 住所: TEL:
---	---

【以下豊中市記入欄】(記入しないでください)

No.26-

税システム 確認	☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護世帯 ☐ 中国残留邦人 ☐ その他()		発行日 令和8年 (1月以降は 令和9年)	インフル	定期コロナ
一斉送付	インフル	☐ 対象者 → ☐ 再発行する ☐ 対象者ではない ☐ 再発行しない	同意欄 入力	/	/
	定期コロナ	☐ 対象者 → ☐ 再発行する ☐ 対象者ではない ☐ 再発行しない		インフル ☐ 済	コロナ ☐ 済
受付者	【ダブルチェック(確認者が記入)】			窓口・郵送	
確認者	☐ 氏名・住所・生年月日確認済 ☐ 65歳以上か(60-64歳の場合、身障手帳1級or診断書、疾病名)確認済 ☐ 税システムで非課税世帯・生保世帯であるか確認済 ☐ 同意欄のログ入力確認済(□インフル □コロナ)※60-64歳は入力不可 ☐ 上記インフル・定期コロナの一斉送付対象者情報が合っていることを確認 ☐ ワクチン名と無料券の色(インフル:黄色、コロナ:緑色)を確認済 ☐ 送付先住所・宛名確認済 ☐ 送付添書の同意欄の☑が記入済か確認済 ☐ 送付書、各証明書すべての書類が同一人物か確認済			【備考欄】	