

令和8

豊中市【带状疱疹】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

豊中市带状疱疹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

全員必須 希望するワクチン名に○→		生ワクチン (ビケン:1回接種)	組換えワクチン (シングリックス:2回接種)	未定
質問①	令和8年度中(～R9/4/1)に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳の誕生日を迎えますか ※満60歳～満64歳の人は、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)による身体障害者手帳1級のページ又はHIVにより1級相当であると明記された医師の診断書の写しを添付してください	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、世帯非課税又は生活保護受給を証明する書類のコピーを添付してください。(介護保険決定通知書、休日・夜間受診票等)	はい・いいえ		
質問③	「带状疱疹ワクチン【1回目】接種券」(黄色のはがき)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 年 月 日 昭和 満()歳	
フリガナ 氏名		電話番号	-	-
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 checked="" 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】(記入しないください)

発行番号 26-

税システム等確認	<input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人 <input type="checkbox"/> その他()	発行日	令和 年 月 日
受付者	ログ入力 → <input type="checkbox"/> 带状疱疹無料券1回分(共通) <input type="checkbox"/> 带状疱疹無料券2回分(組換え・未定の場合のみ)	受付	窓口・郵送
確認者	【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"/> 対象の生年月日か確認(60-64歳の場合、手帳1級or診断書、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(生1回分、組換え・未定2回分) <input type="checkbox"/> 無料券の枚数を確認(生1枚、組換え・未定2枚) <input type="checkbox"/> 無料券の色(オレンジ色)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	【備考欄】	