

熊本県広域化予防接種申込書

(インフルエンザ・成人用肺炎球菌)

令和 年 月 日

熊本市長 様

市外の下記の医療機関において予防接種を受けたいので、予診票の発行を申請します。

申請者氏名 (接種を受ける人)	ふりがな
	氏名
	代理署名の場合 代筆者氏名 続柄
申請者住民登録地 (住民票があるところ)	〒 - 区 熊本市 区
電話番号 (連絡先)	- - ()
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ※障害者手帳1級相当の心臓、腎臓、呼吸器の機能の障がい及びHIVによる免疫機能の障がいにより対象者に該当する場合は、申請書に障害者手帳のコピーを添付してください。
希望予防接種名	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌
接種希望市町村 接種希望医療機関名	市 (医療機関名) 町 村
送付先 (現住所と異なる場合のみ記載)	〒 - 電話 (- -)
熊本市で接種できない理由	1. かかりつけ医での接種 2. 施設入所 3. その他 ()
自己負担免除申請	1. 申請する 2. 申請しない (裏面の記載は不要です)

注意：この予防接種では接種費用の一部自己負担が必要です。非課税世帯の方・生活保護世帯の方・中国残留邦人等支援給付受給中の方は自己負担が免除されます。

自己負担免除を希望される方は、下記の書類の添付・提示が必要となります。

また、非課税世帯の方で確認書類をお持ちでない方については、感染症対策課で課税状況の確認をしますので、裏面の課税状況等確認同意書の提出をお願いします。なお、この場合予診票は郵送での交付となりますのでご了承ください。

※自己負担免除申請をされる方の確認方法 (該当に☑)

- 保護証明書の提出あるいは緊急時医療依頼証の提示等
中国残留邦人等への支援給付受給者本人確認証の提示
介護保険料決定通知書等 (所得段階の分かる書類) の提示
介護保険負担限度額認定証の提示
後期高齢者医療限度額適用標準負担額減額認定証の提示
その他 ()

発行番号 _____

受付場所・年月日

中央・東・西・南・北・感染症

令和 年 月 日

自己負担免除

判定

該当 (インフル・肺球)

非該当 (課税・転入)

交付 令和 年 月 日

【自己負担の免除を希望する場合のみ記載】

課税状況等確認同意書

令和 年 月 日

熊本市長 様

予防接種自己負担免除対象者であることの確認のため、熊本市が住民基本台帳に基づく世帯全員の課税状況等について、確認に必要な範囲で個人情報进行调查することに同意します。

接種を受ける方（申請者）	ふりがな
	氏名
	住所 熊本市 区
	代理署名の場合 代筆者氏名 続柄

◎免除対象者用予診票は、原則として郵送で交付します。感染症対策課の窓口のみ即日交付ができますが、親族以外の代理人が予診票を当日受領される場合は委任状が必要です。また、当日受領の場合は、身分証明書の提示が必要です。

※市民税の賦課期日（前年度の1月1日）に、熊本市以外の市町村にお住まいだった方は、本市で課税状況を確認できません。1月2日以降に熊本市へ転入された方が世帯内におられる場合は、転入された方全ての1月1日時点での住所地の市町村民税課税証明書が必要になりますので、申請書に添付して提出してください。

窓口交付の場合のみ

窓口に来られた方 （代理人） <郵送申請や 本人交付の場合は 記入不要>	住所	電話（ - - ）		
	氏名	ふりがな	申請者との 続柄	

本人確認

住 保 免 さ 学 職 社 身 聴（内容 ）