

転入者(令和5年1月1日時点で熊本市に住民票がなかった方)用

予防接種自己負担免除対象者用予診票発行申請書兼同意書 (インフルエンザ・成人用肺炎球菌)

◆住民票上の世帯員全員が市民税非課税の方が対象です。申請に当たっては裏面の説明書をご確認ください。

令和 年 月 日

熊本市長 様

下記の者について、予防接種自己負担金の免除対象者であることの確認を申請するとともに、自己負担金免除用予診票の発行を依頼します。なお、確認に伴い、必要に応じて下記対象者及び世帯員全員に対する住民税の課税状況等について調査することに同意します。

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
生年月日・年齢	明治・大正・昭和 年 月 日(歳) ※60歳以上65歳未満の方で、心臓、腎臓、呼吸器の機能またはHIVによる免疫機能に障がい を有する方(身体障害者手帳1級相当)は、対象者であることの確認のため、申請書に身体 障害者手帳のコピー等を添付してください。(対象者の詳細は、裏面をご確認ください。)
申請者住民登録地 (住民票があるところ)	(〒 -) 熊本市 区
転入前の住所	(〒 -)
電話番号(連絡先)	- - ()
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
接種医療機関	市内 ・ 市外 (県内・県外) ※市外の場合は別の手続きが必要となります。感染症対策課(364-3189)にご連絡ください。
同一世帯同意者	氏名 生年月日 申請者との続柄
同一世帯同意者	氏名 生年月日 申請者との続柄
同一世帯同意者	氏名 生年月日 申請者との続柄
記載要領	1.同意する者が自ら署名を行うこと。 2.代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。 3.同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えありません。

注意)この用紙は申請書ですので、これを医療機関に提出しても接種費用は無料になりません。
窓口での申請以外の場合は、申請書記入後、右記まで郵送してください。
接種費用が免除になる方には、後日、免除対象者用の予診票を郵送いたします。(免除対象外の方もその旨を郵送でお知らせします。)

【郵送・問い合わせ先】
〒862-0971
熊本市中央区大江5丁目1-1
感染症対策課 予防接種班
(TEL 096-364-3189)

※裏面も必ずご確認ください。

◆予診票郵送先 ※住民票登録地以外に郵送を希望する場合に郵送先をご記載ください。

〒	—
(住所)	_____
	(_____ 様方)
(氏名)	_____ 様

注意事項

○ 対象者は、予防接種により異なります。

【インフルエンザ(10月から翌年の1月末まで実施)】

- ①接種日時点での年齢が65歳以上の方
- ②接種日時点での年齢が60歳から65歳未満の方で心臓・腎臓・呼吸器の機能またはHIVによる免疫機能に障がい有する方(障害者手帳1級相当の方)

【成人用肺炎球菌】

- ③接種年度に 65・70・75・80・85・90・95・100歳になる方
- ④接種日時点での年齢が60歳から65歳未満の方で心臓・腎臓・呼吸器の機能またはHIVによる免疫機能に障がい有する方(障害者手帳1級相当の方)

※②、④の方は生年月日だけでは対象者であることが判断できませんので、障害者手帳のコピー等を添付してください。詳しくは、感染症対策課(096-364-3189)へお尋ねください。

○ この申請により自己負担が免除になるのは、ご本人が属する世帯全員が市民税非課税となっている方です。世帯に、お一人でも市民税を課税されている方がいる場合は、自己負担免除の対象となりませんので、ご確認の上申請してください。

○ 免除対象者用予診票は、原則として郵送で送付いたします。

◆窓口交付の場合のみ記載◆

窓口に来られた方 (代理人) <郵送申請や本人申請の場合 は記入不要>	住所	熊本市 区 電話(_____)		
	氏名	ふりがな	申請者 との続柄	

(本人確認)

住 保 免 マ 学 職 社 身 その他(_____)

熊本市使用欄

受付場所・受付日
感染症・中央・東・西・南・北
令和 年 月 日

事務チェック欄

<input type="checkbox"/> 年齢 (インフルの場合、65歳になっているか)			
<input type="checkbox"/> 市民税 (<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税)			
交付日(発送日) 令和 年 月 日			
受付者		発送者	