

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
申請者住民登録地 (住民票があるところ)	〒 ー ー 熊本市 ー 区
転入前の住所	〒 ー ー
電話番号 (連絡先)	ー ー (ー)
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。 (対象者について詳しくは裏面)
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
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なうこと。 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ない。	

熊本市使用欄

受付場所・年月日
令和 年 月 日

判定	該当 (インフル・肺球)
	非該当 (課税・転入)
交付 (発送)	年 月 日

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

連絡先
〒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
096-364-3189

*個人番号を記載する場合には、番号と本人確認ができるものを添付してください。

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。窓口申請以外の場合は、記入した申請書は感染症対策課まで郵送してください。後日、接種費用が免除になる方には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。)

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下記郵送先を記載してください。

〒	—	
(住所)		
(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・呼吸器の機能及び HIV による免疫機能に障害者手帳 1 級相当の障がい有する方

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・呼吸器の機能及び HIV による免疫機能に障害者手帳 1 級相当の障がい有する方

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。感染症対策課の窓口のみ即日交付ができますが、当日受領の場合は身分証明書の提示が必要です。また、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。

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 さ 学 職 社 身 聴 (内容)