

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
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)	〒 区 熊本市
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)	〒 (様方) 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。
市民税非課税世帯の方・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、市民税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記入をお願いします。

- ※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
 - 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()

【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)

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

発行番号

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)	【課税確認者】
交付日(発送日) 令和 年 月 日	
受付者	発送者

【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

熊本市長 様

令和 年 月 日

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を調査することに同意します。

申請者 (接種を受ける人)	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

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12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。

○ 免除対象者用予診票は、原則として郵送で交付いたします。
感染症対策課の窓口のみ即日交付ができますが、身分証明書の提示が必要です。
(※課税状況等確認できない場合は、即日交付できない場合もあります。)
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。

○ 市民税の賦課期日(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(申請者含む)は、転入された方全員の課税状況の調査が必要となりますので、「熊本県広域化予防接種申込書」と併せて、「転入者用 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」を提出してください。

◆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()