

熊本市広域化予防接種申込書兼課税状況等確認同意書(記入例)

(インフルエンザ・成人用肺炎球菌・新型コロナウイルス感染症)

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。
また、自己負担免除についても併せて申請する場合、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。

申請者氏名 (接種を受ける人)	ふりがな くまもと いちろう
	氏名 熊本 一郎
	代理署名の場合 代筆者氏名 熊本 花子 続柄 長女
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)	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 熊本市 中央 区 〇町1丁目1-1
電話番号(連絡先)	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 希望する予防接種にチェックを 入れる)
希望予防接種名	☒ インフルエンザ ☐ 成人用肺炎球菌 ☒ 新型コロナウイルス感染症
接種希望市町村 接種希望医療機関名	八代 市 (医療機関名) 〇クリニック 予診票の送付先を指定してください。住 民票の住所に送付する場合は記載不要で す。
送付先 (現住所と異なる場合 のみ記載)	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 八代市 〇〇町1丁目1-1 〇〇 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 ※必ずいずれかに〇	☒ 1. 申請する(課税状況等確認に同意する) 2. 申請しない(課税状況等確認に同意しない)

注意)この予防接種では、生活保護世帯や、非課税世帯の方(住民票上の世帯全員が市民税非課税)の場合、自己負担額(インフルエンザ1,500円、新型コロナウイルス11,560円、成人用肺炎球菌4,600円)が免除されます。自己負担の免除を希望される場合は、「1.申請する(課税状況等確認に同意する)」に〇を付けてください。

※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
☐ 後期高齢者医療資格確認書の限度額情報(低所得者区分Ⅰ・Ⅱ)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
感染症予防課 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	
☐ 年齢 (インフル・コロナの場合、65歳になっているか)	
☐ 市民税 (☐ 課税 ☐ 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

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)】【新型コロナウイルス感染症(10月から3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（障害者手帳1級相当の方）を有する方

【成人用肺炎球菌】

- 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（障害者手帳1級相当の方）を有する方

※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、感染症予防課(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。
感染症予防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、「熊本市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()