

# 熊本県広域化予防接種申込書兼課税状況等確認同意書(記入例)

(成人用肺炎球菌・带状疱疹・インフルエンザ・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・東・西 区 〇町1丁目1-1 南・北
電話番号(連絡先)	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
希望予防接種名	<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌 <input checked="" type="checkbox"/> 带状疱疹<<生ワクチン・組換えワクチン(1回目・2回目)>> <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 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	市 (医療機関名) 八代 町 〇〇クリニック
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○	① 申請する(課税状況等確認に同意) 2. 申請しない(課税状況等確認に同意しない)

希望する予防接種にチェックを  
入れる

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。

注意)・この予  
市民税  
す。自  
で確認  
を「1.  
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7,920円、  
带状疱疹 生ワクチン4,950円 組換えワクチン11,000円/回)免除されます。自己負担  
の免除を希望される場合は、自己負担免除申請項目の申請するに○をしてください。

されま  
世帯の方  
除申請

### ◆窓口交付の場合の記載◆

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	

- ※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)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

発行番号 \_\_\_\_\_

