

# 熊本県広域化予防接種申込書兼課税状況等確認同意書

(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
	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 中央・東・西 南・北 区
電話番号(連絡先)	( )
希望予防接種名	<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌 <input 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) 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 ※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)

**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、感染症予防課で課税状況の確認をしますので、自己負担免除申請を「1. 申請する(課税状況等確認に同意する)」に○をお願いします。

・裏面の注意事項も必ずご確認ください

## ◆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

※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 \_\_\_\_\_

