

申請に必要なもの

接種する人の本人確認ができるもの
満60～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能障害及びHIVによる免疫の機能障害の身体障害者手帳を有する方のみ、身体障害者手帳（带状疱疹の場合は、HIVによる免疫の機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能なことが確認できるもの）
※代理申請の場合…上記に加え、代理人の健康保険証等身分を証明するもの
※代理人が施設職員の場合…「名刺」または「身分証明書のコピー」

- ☐ 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種実費減免申請書
- ☐ 带状疱疹ワクチン予防接種実費減免申請書
- ☐ 高齢者インフルエンザ予防接種実費減免申請書（申請期間 9／16 ～翌年1／30）
- ☐ 高齢者新型コロナワクチン予防接種実費減免申請書（申請期間 9／16 ～翌年1／30）

年 月 日

玉 野 市 長 殿

私は、上記費用の減額・免除を受けたいので、下記のとおり申請します。
なお、本申請により、市税の課税状況または生活保護の受給状況について、確認されることに同意いたします。

接種する人	住所	電話番号			受付番号
	玉野市				
	ふりがな	①生年月日			
	①氏名	大・昭 年 月 日（満 歳）			
	ふりがな	②生年月日			受付番号
②氏名	大・昭 年 月 日（満 歳）				

減額及び免除申請の事由（申請する事由に○をつけてください）

1. 生活保護を受けている世帯に属している。 2. 市民税を課税されていない世帯に属している。

窓口に来た人	☐ 接種する人と同じ	
	住所	接種を受ける人との続柄（施設名）
	ふりがな	電話番号
	氏名	

これより下は市記入欄です。記入しないでください

《事務処理手順》		受付場所：健・保・福 受付（ ）															
1) 接種者の本人確認：保険証（有効期限内）・免許証・マイナンバーカード・その他（ ）																	
2) 窓口に来た人の本人確認：保険証（有効期限内）・免許証・名刺・マイナンバーカード・その他（ ）																	
3) 接種者が満60～64歳の場合：心臓、腎臓、呼吸器の機能障害及び、HIVによる免疫の機能障害の身体障害者手帳 あり ☐ （带状疱疹の場合は、HIVによる免疫の機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能なことの確認） ☐ なしの場合は発行不可																	
4) 肺炎球菌予防接種のみ：満65歳かどうか確認する ※65歳以外の場合は発行不可 満65歳 ☐																	
5) 带状疱疹予防接種のみ：対象年齢かどうか確認する ※下記のいずれかに該当しない場合は発行不可（該当する年齢に✓）																	
①	②	対象年齢				①	②	対象年齢				①	②	対象年齢			
		65歳	S35.4.2	～	S36.4.1			80歳	S20.4.2	～	S21.4.1			95歳	S5.4.2	～	S6.4.1
		70歳	S30.4.2	～	S31.4.1			85歳	S15.4.2	～	S16.4.1			100歳	T14.4.2	～	T15.4.1
		75歳	S25.4.2	～	S26.4.1			90歳	S10.4.2	～	S11.4.1			101歳以上		～	T14.4.1
6) 肺炎球菌・带状疱疹予防接種のみ：接種歴を確認する ※有の場合は発行不可 健康かるて確認・すこやかセンター（担当： ）に確認 ①有・無 ②有・無																	
7) 減免可否確認・事務処理																	
1. 生活保護		福祉政策課保護係（担当： ）確認										減免可否 ①		減免可否 ②			
2. 市民税非課税		住基世帯（税務画面）・・・ 年度分と照合															
肺炎球菌	発行日	/ /				発送日	/ /				発送者						
带状疱疹																	
インフル																	
新型コロナ																	