

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、代理人の本人確認ができるもの

※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 9/14 ～翌年1/29）
- 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 9/14 ～翌年1/29）

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 | | | 受付番号 |
| | 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 | <input type="checkbox"/> 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：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：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 <input type="checkbox"/> （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） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | S36.4.2 | ～ | S37.4.1 | | | 80歳 | S21.4.2 | ～ | S22.4.1 | | | 95歳 | S6.4.2 | ～ | S7.4.1 |
| | | 70歳 | S31.4.2 | ～ | S32.4.1 | | | 85歳 | S16.4.2 | ～ | S17.4.1 | | | 100歳 | T15.4.2 | ～ | S2.4.1 |
| | | 75歳 | S26.4.2 | ～ | S27.4.1 | | | 90歳 | S11.4.2 | ～ | S12.4.1 | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 2. 市民税非課税 | | 住基世帯（税務画面）・・・ 年度分と照合 | | | | | | | | | | ① | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

なしの場合は発行不可