

## 高齡者肺炎球菌予防接種 自己負担免除申請書

(あて先) 宇 都 宮 市 長

(申請日) 令和

年

月

日

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |  |   |                           |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|---|---------------------------|
| 申請者<br>(申請書を<br>記入する人) | 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 〒   |  |   |                           |
|                        | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |  | 印 | 本人自署の場合、身分証<br>提示により押印省略可 |
|                        | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ( ) |  |   |                           |
| 申請理由<br>(数字に○をつける)     | 1. 非課税世帯<br>2. 生活保護<br>3. 中国残留邦人 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <div style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">[</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">           福祉事務所名 :<br/>           電話番号 :         </div> <div style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">]</div> </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> ( ) </div> |     |  |   |                           |

- ・ 下記の者について、予防接種の自己負担免除証明（無料券）を申請します。また、免除対象に該当することを確認するため、被接種者及び被接種者の属する世帯員の課税状況または生活保護受給状況について、申請受付担当課が調査することに同意します。

|                                                                                                                                                            |        |                                            |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|
| 被接種者の住所                                                                                                                                                    |        | 〒<br>宇都宮市                                  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請者に同じ                                                                          |  |
| ①                                                                                                                                                          | フリガナ   |                                            |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請者に同じ                                                                          |  |
|                                                                                                                                                            | 被接種者氏名 |                                            |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |
|                                                                                                                                                            | 生年月日   | 昭和      年      月      日（年齢      歳）         |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |
|                                                                                                                                                            | 個人番号   | （申請理由が「非課税世帯」で、被接種者が令和7年1月2日以降に転入した場合のみ記入） |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |
|                                                                                                                                                            |        |                                            |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  | 保健予防課が予防接種法第28条に基づく実費の徴収の決定に関する事務手続を処理するため<br>に限り、個人番号を通じて地方税関係情報を取得することに同意します。 |  |
| <b>質問1</b> これまでに高齢者肺炎球菌の予防接種を受けたことがありますか。<br>（ある・ない）⇒ 「ある」と回答した場合、公費負担の対象になりません。<br>「ない」と回答した場合、対象年齢に該当すれば公費負担の対象になります。                                    |        |                                            |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |
| <b>質問2</b> <u>被接種者以外</u> で同一世帯に令和7年1月2日以降に宇都宮市へ転入した方はいますか。<br>（はい・いいえ）⇒ 1月2日以降に転入した場合、本市では課税状況の確認ができません。1月1日に住民登録のあった自治体で「非課税証明書」等の発行を受けてください（証明料金がかかります）。 |        |                                            |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |
| 無料券の受け取り方法<br>（数字に○をつける）                                                                                                                                   |        | 1. 申請窓口において当日受け取り      2. 後日、下記の住所に郵送      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |
|                                                                                                                                                            |        | 郵送先住所                                      | 1. 申請者の住所に同じ      2. 被接種者の住所に同じ<br>3. その他（〒      ） |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |

|             |          |                                                                                                                              |                          |
|-------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 受付職員<br>記入欄 | 本人<br>確認 | 個人番号カード、運転免許証（または運転経歴証明書）、健康保険証、市民証、住基カード、年金手帳、身体障がい者手帳、後期高齢者医療被保険者証、パスポート、その他（ ）                                            |                          |
| 【受付職員名】     | 判定<br>結果 | <b>定期予防接種の対象者に該当【該当箇所に○印】</b><br>ア <u>接種時に65歳</u> の方<br>イ <u>接種時に60～64歳</u> で「心臓・じん臓・呼吸器」または「HIVによる免疫機能」に障がいのある方（障がい者手帳1級程度） | 日 付<br>-----             |
|             |          | <b>自己負担免除の対象者に該当【該当箇所に○印】</b><br>1. 非 課 税<br>2. 生活保護・中国残留邦人<br>3. 課 税<br>4. 未申告または転入者がいるため非課税世帯であることが確認できない                  | ・      ・                 |
|             | 交付       | 高齢者肺炎球菌 無料券（      —      ） ・ 不交付                                                                                             | 日 付<br>-----<br>・      ・ |

# 委任状

(あて先) 宇都宮市長

令和 年 月 日

## 委任者（予防接種を受ける人）

住 所

氏 名

⑩

本人自署の場合は押印を省略することができます。ただし、代筆の場合は必ず押印（朱肉を使用するもの）してください。

【代筆者氏名

(委任者との関係)

】

私は、定期予防接種の自己負担免除申請に関する一切の事務を、下記の者に委任します。

また、免除対象に該当することを確認するため、委任者及び委任者の属する世帯員の課税状況または生活保護受給状況について、申請受付担当課が調査することに同意します。

## 受任者（窓口で免除申請をする人）

住所

氏名

(委任者との関係)