

高槻市予防接種費用無料証明書交付申請書兼非課税世帯申立書
(インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症)

(宛先) 高槻市長

下記のとおり、高槻市予防接種費用無料証明書（以下「証明書」という。）の発行対象者に該当することを申し立てるとともに、証明書の交付を申請します。

また、この申請に伴い、住民情報、被接種者世帯の市民税課税状況、生活保護受給状況等について閲覧もしくは関係部署等に確認すること、および高槻市が次年度以降の証明書を送付することについて同意します。

市確認欄

☐

予防接種	☐ インフルエンザ	☐ 新型コロナウイルス感染症	令和	年	月	日
被接種者 (※申請者)	フリガナ		生年月日	明・大・昭・西暦		
	氏名	別紙のとおり		年	月	日
	住所	〒569- 高槻市		電話番号		

※ 被接種者以外が申請をする場合は、裏面にもご記入ください。

証明書の発行対象者（1及び2の両方に該当すること）

☐☐

1	以下のいずれかに該当すること ① 申請日時点で満65歳以上の人 ② 申請日時点で満60歳以上65歳未満であり、心臓機能障がい、腎臓機能障がい、呼吸器機能障がい、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がいのいずれかが身体障がい者手帳1級に相当する人
2	以下のいずれかに該当すること ① 申請日において、市民税非課税世帯に属する人 ② 令和6年中において、世帯員の全員が市民税非課税相当である世帯に属する人 ③ 生活保護法による生活保護を受給している人 ④ 中国残留邦人等の支援給付を受給している人

申請に必要な書類

☐ この申請をする人（申請を委任する場合は裏面の代理申☐ 身体障がい者手帳等（接種日時点で満60歳以上65歳

※郵送申請の場合は写しを同封してください。身体障がい者手帳の場合は氏名・生年月日・住所と個別の障がい名称及び等級が記載された部分の写しを同封。

接種を受けられる方が発行対象者1及び2該当していることを確認してください

<高槻市確認欄>（以下、何も記入しないでください。）

右の書類が必要な場合は写しを添付しているか	☐ 身体障がい者手帳の写し	☐ 本人確認証の写し	
本人確認書類	受付者	確認者	TL
個人番号カード・被保険者証・運転免許証・障がい者手帳 その他（ ）			
No.			

● 代理申請をする場合は下欄にご記入ください。

委任者	フリガナ			
		別紙のとおり ㊟		
代理申請をされる施設職員の方等の氏名、施設所在地等を記入してください。				
ます。				
受任者 (代理申請者)	フリガナ	アマ ジロウ		
	氏 名	安満 二郎		
		(事業所の場合は事業所名も記入してください)		
	住 所	大阪府高槻市●●町●●番●●号 有料老人ホーム■■■		
	被接種者との関係	施設職員	電話番号	072-△△△-××××

郵送による申請で、被接種者の住所以外に証明書を送付する場合、下欄にご記入ください。

1、受任者の住所

2、その他の送付先の場合は下欄へ記入

返信用のレターパックを使用して、代理申請者の住所に郵送での送付を希望する場合はマルで囲ってください

〒 _____

住所 _____

名前 _____

【注意事項】

- 発行される証明書は、高槻市インフルエンザ感染症予防接種業務委託契約を締結した受託医療機関でのみ使用できます。
- 発行される証明書で、すでに医療機関に支払った接種料金の払い戻しはできません。払い戻しを希望する場合は、高槻市保健所において償還払いの手続きを行う必要があります。

返信用のレターパックを使用して、代理申請者の住所以外の住所へ郵送での送付を希望する場合は送付先を記入してください