

高槻市成人用肺炎球菌予防接種
費用無料証明書交付申請書兼非課税世帯申立書

(宛先) 高槻市長

下記のとおり、高槻市成人用肺炎球菌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について同意します。

		令和		年	月	日
市確認欄 <input type="checkbox"/>	フリガナ			生年月日	昭和 年 月 日	
	氏名					
	被接種者 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者	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（1～3の全てに該当すること）

<input type="checkbox"/>	1	過去に成人用肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがないこと
<input type="checkbox"/>	2	以下のいずれかに該当すること ① 申請日時点で満65歳の人 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
<input type="checkbox"/>	3	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 申請日の前年において、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中の人 ④ 中国残留邦人等の支援給付を受けている人

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請者）の本人確認書類

○身体障がい者手帳等（接種日時点で満60歳以上65歳未満の人のみ）

※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・住所と身体障がいの名称及び等級が記載された部分の写しを同封。

----- <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 (被接種者)	フリガナ			
	氏名	⑩ (署名または記名押印)		
私は、次の者に申請に関する一切の権限を委任します。				
受任者 (代理申請者)	フリガナ			
	氏名	(事業所の場合は事業所名も記入してください)		
	住所			
	被接種者との関係		電話番号	

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。
※記載がない場合は被接種者の住所へ送付します。

- 1、受任者の住所
- 2、その他の送付先の場合は下欄へ記入

〒 _____

住所 _____

名前 _____

【注意事項】

- ・ 発行される証明書は、高槻市と成人用肺炎球菌予防接種業務委託契約を締結した委託医療機関で使用できます。
- ・ 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。