記　入　例

令和８年４月作成

高齢者肺炎球菌予防接種 無料接種券交付申請書兼同意書

（あて先）枚　方　市　長

私は、この度、枚方市が実施する予防接種を受けるにあたり、下記の理由により接種料金の免除を申請します。
なお、申請理由が市民税課税世帯の場合、担当職員が市民税課税台帳の閲覧等（マイナンバーを使用した情報提供ネットワークシステムを含む）により、申請日現在で最新年度の課税状況を確認することに同意します。
また、申請理由が生活保護受給者等の場合、担当職員が生活保護受給状況を確認することに同意します。

内容を確認し、✓してください。

申請（記入）日

太枠内に漏れなく記入してください。

令和　　年　　月　　日

＜最初に確認し「✓」を入れてください＞

☐　**枚方市の取扱医療機関**で接種する（市外で接種をご希望の方は保健予防課までご連絡ください）

【対象者】以下のいずれかに該当する人

①満６５歳の人
（６５歳の誕生日から６６歳の誕生日の前日まで）

②満６０歳以上６５歳未満で、心臓、腎臓、呼吸器の機能障害またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害があり身体障害者内部障害１級と認定されている人（※１）、
または主治医により同程度以上の障害であることの意見書の交付を受けた人（※２）
（※１は身体障害者手帳、※２は意見書の添付が必要です。）

接種を受ける人の情報

被接種者	住　所	枚方市			連絡先（電話番号等）
	（フリガナ） 氏　名				
	生年月日		年齢	歳	※不備等があった際に連絡しますので、日中繋がる連絡先を記入

申請理由 ※接種日時点で該当している必要があります	**該当する番号に〇をしてください。** 1　生活保護受給者 2　市民税非課税世帯 3　中国残留邦人等支援給付者

該当する番号に〇をしてください。

【申請理由が２に該当し、接種年の１月２日以降に転入の場合】
世帯全員の最新年度の非課税証明書の提出をお願いします。
（世帯等の方は不要です。）

被接種者（予防接種を受ける人）と申請者が異なる場合のみ、下記申請者欄記入してください。

被接種者の代理で申請される人の情報。
（被接種者本人申請の場合は記入不要）

代理申請者	住　所		（事業所の場合、事業所名・TEL）
	（フリガナ） 氏　名	（続柄　　）	TEL

・無料接種券は必ず接種前に申請のうえ、実施期間内にご使用ください。
（実施期間：６５歳になった日～６６歳の誕生日の前日）

・市外で接種する場合は、事前に予防接種実施依頼書の手続きが必要です。（郵送、電話のいずれかによる。）