

令和6年度(2024年度) 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

●**無料接種券は、枚方市取扱医療機関以外では使用できません。接種前にご申請の上、対象年齢・実施期間内にご使用ください。枚方市外で接種される場合は、接種前に手続きが必要ですので、あらかじめ保健予防課（予防接種担当）にご連絡ください。**

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、申請理由が市民税非課税世帯の場合、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による照会を含む。）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。

太枠内を漏れなく記入してください。

令和 年 月 日

＜最初にご確認ください＞ 確認いただいた項目は□に「✓」をお願いします。

- 今までに高齢者肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)を受けたことがない (全額自己負担含む)
- 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)

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	昭和	年	月	日	年齢※	歳

申請理由 <small>※接種日時点で該当している必要があります</small>	該当する番号に○をしてください。
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 生活保護受給者</li> <li>2 市民税非課税世帯</li> <li>3 中国残留邦人等支援給付者</li> </ul>

※年齢については、下記を満たす方が対象です。

- 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 60歳～65歳未満で心臓・じん臓・呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害がある身体障害者手帳内部障害1級保持者 (身体障害者手帳のコピー添付が必要)

(注) 申請理由が2 市民税非課税世帯で、令和6年1月2日以降に転入された人は、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。(単身世帯等の方は不要です。)

該当確認	接種歴	なし	あり	申請理由	該当	非該当	日付	/	確認者	市記入欄
------	-----	----	----	------	----	-----	----	---	-----	------

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。

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 ( ) -