

# 带状疱疹ワクチン定期予防接種 無料接種券交付申請書兼同意書

(あて先))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。

内容を確認し、✓してください。

申請日

令和 年 月 日

<最上段の「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】接種日時点で枚方市に住民票があり、以下のいずれかに該当する人

- ①年度内に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳になる人
- ②60歳～64歳で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害があり、内部障害1級の身体障害者手帳持者(※1)、または **接種を受けられる人の情報** 障害であることの見解書(本市様式による)の交付を受けた人(※2)

(※1は身体障害者手帳、※2は見解書の添付が必要です。)

被接種者	住所	枚方市 禁野本町 2-13-13		連絡先(電話番号等)
	(フリガナ)	ヒラカタ タロウ		
	氏名	枝方 太郎		
	生年月日	年齢	65 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

該当する番号に○をしてください。

申請理由 **該当する番号に○をしてください。**

※接種日時点で該当している必要があります

- 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

申請理由が2に該当し、令和8年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。単身世帯等の方は不要です。)

希望する場合のみ✓してください。

※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記入してください。

無料接種券の送付先に申請者住所を希望する場合は□に✓をお願いします。 →

代理申請者	住所	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)	(事業所の場合、事業所名・TEL)
	(フリガナ)		
	氏名	(続柄)	TEL

希望するワクチンのいずれか1つに○を付けてください。ワクチンによって接種回数や効果等が異なります。医療機関によって取扱ワクチンが異なりますので、予約の際に医療機関にご確認ください。

生ワクチン(ビケン)	組換えワクチン(シングリックス)
・1回接種 ・免疫不全者、免疫抑制治療中は対象外	・2か月の間隔をおいて2回接種

※带状疱疹ワクチンを接種済の人は原則対象外です。過去に組換えワクチンを1回のみ接種し、これから2回目を接種する場合、右記に✓してください。  2回目のみ接種希望

・無料接種券の交付期間にご

シングリックスを過去に任意で接種したことがある場合は✓してください。

る場合は、事前に予防接種実施依頼が必要です。(インターネット、郵送、電話のいずれか)

