

# 高齢者インフルエンザワクチン・新型コロナワクチン 接種料金の免除について

## 【免除対象者】

定期接種対象者(※)のうち、接種日時点で次のいずれかに該当する人は申請してください。

- ・生活保護受給者
- ・市民税非課税世帯（世帯全員が非課税）
- ・中国残留邦人等支援給付者

※定期接種の対象者は、接種日時点で枚方市に住民票がある

①満 65 歳以上の人

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内部障害 1 級の身体障害者手帳保持者、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（本市様式による）の交付を受けた人

なお、①②以外の方は任意接種（全額自己負担）となり、無料接種券交付の対象外です。

【実施期間】 令和 7 年 10 月 1 日から令和 8 年 1 月 31 日まで

【免除対象接種料金】

|              |                |
|--------------|----------------|
| ・インフルエンザワクチン | <u>1,500 円</u> |
| ・新型コロナワクチン   | <u>7,800 円</u> |

【申請方法】※インターネット・郵送申請の場合は、1 週間程度で無料接種券を郵送します。

1. インターネット申請…右記コードより申請できます。
2. 郵送・窓口申請…別紙「令和 7 年度高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン無料接種券交付申請書兼同意書」に必要事項を記入し、事務処理センターへ郵送または持参（ファクス不可）。



< 郵送先 > 〒573-1197 枚方市禁野本町 2 丁目 13-13

枚方市インフルエンザ・新型コロナワクチン事務処理センター

< 窓口 > 枚方市保健所（旧保健センター）2 階

## 【注意事項】

1. 無料接種券は、枚方市の取扱医療機関以外では使用できません。  
市外転出後や接種までに無料券の交付要件に該当しなくなった場合も使用できません。
2. 接種前に申請し、接種時は必ず無料接種券を医療機関にお持ちください。
3. 申請理由が「市民税非課税世帯」で、令和 7 年 1 月 2 日以降に転入した人は、無料接種券申請時に世帯全員の最新年度の市民税非課税証明書が必要です。（単身世帯の人は不要）

### ◆問い合わせ

枚方市 インフルエンザ・新型コロナワクチン コールセンター

Tel : 050-5497-9853 Fax : 072-845-0685（平日 9 : 00～17 : 30）

## 令和7年度 高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン 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。

申請日

太枠内を漏れなく記入してください。

令和      ×年      ××月      ××日

|      |        |                 |      |    |                |     |
|------|--------|-----------------|------|----|----------------|-----|
| 被接種者 | 住 所    | 枚方市禁野本町 2-13-13 |      |    | 日中連絡のつきやすい電話番号 |     |
|      | (フリガナ) | ヒカタ             | ヒコホシ | 番地 |                |     |
|      | 氏 名    | 枚方 彦星           |      |    | 接種を受けられる人の情報   |     |
|      | 生年月日   | 大               | ・    | 昭和 | ××年            | ××月 |
|      |        |                 |      |    | 年 齢            | ××歳 |

|                 |                                                                                                 |                                                                                |                          |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 理由<br>して<br>いて。 | 1. 生活保護受給者                                                                                      | 申請にあたり、生活保護受給状況を確認することに同意します。                                                  | <input type="checkbox"/> |
|                 | 2. 市民税非課税世帯<br>※令和7年1月2日以降に転入等をした人は、枚方市で課税状況が確認できないため、世帯全員の最新年度の市民税非課税証明書を提出してください。単身世帯の方は不要です。 | 申請にあたり、市民税課税台帳の閲覧等（マイナンバーを利用した情報提供ネットワークシステムでの照会含む）により、最新年度の課税状況を確認することに同意します。 | <input type="checkbox"/> |
|                 | 3. 中国残留邦人等支援給付者                                                                                 | ※申請には証明書添付が必要。                                                                 | <input type="checkbox"/> |

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。 →

|     |    |                                          |                   |  |
|-----|----|------------------------------------------|-------------------|--|
| 申請者 | 住所 | 被接種者の代理で申請される人の情報。<br>（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） |  |
|     | 氏名 |                                          | TEL（ ） —          |  |

| ○印欄                      | 種 目                           | 対 象                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>希望する項目に○をつけてください。</b> | 両方（インフルエンザワクチン・<br>新型コロナワクチン） | 接種日時時点で枚方市に住民票がある<br>①満 65 歳以上の人<br>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内部障害１級の身体障害者手帳保持者（※１）、または主治医により同程度以上の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）<br>※１は身体障害者手帳、※２は見解書の添付が必要です。） |
|                          | インフルエンザワクチン                   |                                                                                                                                                                                                   |
|                          | 新型コロナワクチン                     |                                                                                                                                                                                                   |

内容を確認し、✓してください。

接種券は枚方市取扱医療機関以外では使用できません。  
確認の上、□に✓してください。

☐ 枚方市の取扱医療機関で接種する

接種医療機関名：    ××病院                  ・ 未定 】

**接種医療機関を記入してください。**です。  
インフル      新型コロナワクチン      ルセン  
（電話 050-5497-9853）にご連絡ください。  
・必ず接種前に申請の上、実施期間内にご使用ください。

※この用紙は無料接種券の申請書であり、無料接種券として使用はできません。