

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。

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				
	(フリガナ)					
	氏 名			電話 番号		
	生年月日	大 ・ 昭	年	月	日	年 齢
申請理由 該当番号に ○をしてく ださい。 ※接種日時点での 該当が必要 です。	1. 生活保護受給者		ご確認の上、□に✓をお願いします 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。		☐	
	2. 市民税非課税世帯 ※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。		ご確認の上、□に✓をお願いします 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。		☐	
	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。			
該当確認		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			(事業所の場合、事業所名・TEL)
	(フリガナ)			
	氏 名	(続柄)	TEL ()	—

○印欄	種 目	対 象
	両方(インフルエンザワクチン・新型コロナワクチン)	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(※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) (※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	

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。
ご確認の上、□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: 未定】

- ・市外で接種する場合は事前手続きが必要です。インフルエンザ・新型コロナワクチンコールセンター(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。