

令和6(2024)年度 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種等

一部自己負担金免除申請について

(予診票等の郵送には、1週間程度かかりますので、お早めに申請してください。)

高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種の対象者は、

65歳の方です。(65歳の誕生日前日から66歳誕生日前日まで)

◎ ①生活保護世帯 ②市民税非課税世帯 ③中国残留邦人等の支援給付受給世帯に該当する人は、自己負担金の免除制度があります。

◎ 対象の人(裏面②参照)で、上記の①～③に該当する人は事前に免除の申請をしてください。対象者については、裏面の申請書をご覧ください。

* 令和6(2024)年1月1日時点で城陽市民でなかった方等は、城陽市役所の税務課では課税状況の確認ができない場合がありますので、申請される場合は、別途添付書類が必要です。詳しくは、保健センター(55-1111)にお問い合わせください。

* 「市民税非課税世帯」とは、同一世帯員と認められた全ての世帯員(ただし、16歳以下を除く)が当該年度において、市民税が課税されていない者である場合を言います。

* 調査の結果、自己負担金が免除となる場合は、免除者用予診票を郵送しますので、接種券と免除者用予診票をお持ちになって予約された予防接種協力医療機関で接種してください。

* 健康推進課受付日時点での課税状況を調査します。

申請書は裏面です

【申請方法】

㊦保健センター窓口に申請(生活保護世帯の場合は福祉課でも申請できます。)

① 郵送 〒610-0111 城陽市富野久保田 1-1 城陽市保健センター宛

㊦または①の方法で申請してください。上記以外の方法で申請の受付はできません。

㊦は祝日や振替休日を除く月曜日から金曜日の8:30から17:00の受付になります。

問い合わせ先
城陽市健康推進課(城陽市保健センター)

TEL : 0774-55-1111

FAX : 0774-55-1140

令和6（2024）年度 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種等
一部自己負担金免除申請書

城陽市長 様

申請日 年 月 日

以下のとおり高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種等一部自己負担金免除について申請します。

なお、費用免除に必要な世帯員の課税状況及び生活保護の状況等について、関係各課で調査されることについて同意します。

フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
申請者氏名 (被接種者氏名)		年齢				歳
現在の住所	城陽市					
1月1日時点の住所	現在の住所と同じ場合は記入不要					
世帯主	本人・()	日中連絡のとれる電話番号	-	-		
予診票送付先住所	送付先が上記住所と異なる場合のみ記入してください 〒 様方					
接種予定医療機関名 (所在地市町村名)	肺炎球菌 病院・診療所 (市・区・町・村)					
世帯の状況	いずれかにチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯(家族数 人) <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の支援給付受給世帯					

高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種

- ① 今までに肺炎球菌ワクチン(23価)の予防接種を受けたことがありますか はい※ いいえ
※過去に接種したことがある人は定期接種の対象外となるため、接種できません
- ② ①で「いいえ」と答えた人は、下記の対象者区分のあてはまるところに☑をつけてください。
- 65歳(65歳の誕生日前日から66歳誕生日前日までに接種)
- 60歳以上65歳未満の人であって、心臓・腎臓または呼吸器の機能に自己の身の日常生生活活動が、極度に制限される程度の障がいや有する人及びヒト免疫不全ウイルスにより、免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がいや有する人

申請受付

確認書類(※R6.1.1時点で市民ではない方のみ)

確認した課及び担当者名

健康推進課・福祉課保護係 氏名 /	<input type="checkbox"/> 令和6年1月1日時点で住民登録の あった市町村交付の令和6年度課税証明書	住民となった日(. .) 住民番号 接種履歴 無・有(対象外)	税務課・福祉課保護係 氏名 /
----------------------	--	---	--------------------

健康推進課 肺炎球菌 氏名 /	福祉課 肺炎球菌 氏名 /	接種日 肺炎球菌 /	確認者・確認日 /	該当 非該当
--------------------	------------------	---------------	--------------	-----------

予診票交付 (窓口交付 ・ 郵送)

インフル 受付 氏名 /	接種予定医療機関名	住民番号 家族数()人	予診票交付(窓口・郵送) 氏名 /	接種日 インフル /
--------------------	-----------	-----------------	----------------------	---------------

