

## 平成30年度高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種等自己負担金免除申請について

高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種の実施期間は、  
**平成30年4月1日～平成31年3月31日**です。  
(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。)

- ◎ 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。
- ◎ 対象年齢（生年月日）の人で、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、次のページの申請書をご覧ください。
- \* 平成30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。

**申請書は次のページにあります。**

### 【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。）

㊚ 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㊚の方法で申請してください。福祉センター・コミセン・老人福祉センターでは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17：15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）  
電話：0774-55-1111  
Fax：0774-55-1140

# 平成30年度(2018年度)高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種等 自己負担金免除申請書

城陽市長 様

申請日 平成 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	大正・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・( )	電話番号	- -				
接種予定医療機関名 (所在地市町村名)	肺炎球菌 ( )						
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。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 昭和28年4月2日～昭和29年4月1日生<br><input type="checkbox"/> 昭和23年4月2日～昭和24年4月1日生<br><input type="checkbox"/> 昭和18年4月2日～昭和19年4月1日生<br><input type="checkbox"/> 昭和13年4月2日～昭和14年4月1日生<br><input type="checkbox"/> 昭和8年4月2日～昭和9年4月1日生<br><input type="checkbox"/> 昭和3年4月2日～昭和4年4月1日生<br><input type="checkbox"/> 大正12年4月2日～大正13年4月1日生<br><input type="checkbox"/> 大正7年4月2日～大正8年4月1日生 | <input type="checkbox"/> 満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活活動が極度に制限される程度の障がい<br>を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を有する人 |
|--|--|

申請受付

確認書類 (※H30.1.1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 /	□平成30年1月1日時点で住民登録の あった市町村交付の平成30年度課税証明書	住民となった日( . . ) 住民番号	税務課・福祉課保護係 氏名 /
----------------------	--	------------------------	--------------------

予診票交付 (窓口交付 ・ 郵送)

確認者・確認日 /	該当 非該当
-----------	-----------

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 /
--------------------	------------------	---------------

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 /
------	------------	-----------	-----------------	----------------------	---------------

