

令和7年度 香芝市高齢者定期予防接種(自己負担金免除・市外接種)申請書

※この用紙は無料券及び依頼書ではありません。香芝市健康衛生課に申請してください。

香芝市長 様

定期予防接種自己負担金の免除又は、香芝市以外での定期予防接種を希望しますので、下記のとおり申請します。なお、定期予防接種自己負担金の免除申請に係る審査に必要な範囲内において、本市職員が課税状況等について確認することに同意します。

※自己負担金免除申請を接種者と同一世帯のかた以外が申請する場合は、委任状が必要です。

申請日：令和 年 月 日

接種対象者 (予防接種を受けるかた)	住 所	〒 - 香芝市		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	大正・昭和 年 月 日	電話番号	
接種対象者本人以外が申請する場合	住 所	☐ 接種対象者と同じ	*接種対象者と違う場合、右に住所をご記入ください	〒 -
	氏 名	(続柄：)		
	電話番号	☐ 接種対象者と同じ	*接種対象者と違う場合、右に電話番号をご記入ください	
接種希望のものに ○をつける (対象条件を確認)		带状疱疹 生ワクチン (1回接種)		
		带状疱疹 不活化ワクチン (2回接種) ☐ 1回目 ☐ 2回目		
		肺炎球菌23価ワクチン (接種票はがき添付)		
		インフルエンザワクチン (今年度1回目のみ)		
		新型コロナワクチン (今年度1回目のみ)		
接種を希望する 医療機関	(市・町)			
自己負担金免除 (市民税非課税世帯・生活保護世帯)	該当するため申請 ・ 非該当のため申請しない			
添付書類 (☑をつける)	☐ 申請者の本人確認書類の写し (運転免許証やマイナンバーカード等) ☐ 返信用封筒 (接種対象者の住所を記入、110円切手を貼付)			

【職員記入欄】

身分確認	☐ マイナ保険証 ☐ 運転免許証(運転経歴証明書) ☐ 身体障害者手帳 ☐ 資格確認書 ☐ パスポート ☐ その他 ()
今年度対象確認	【帯状疱疹】 該当 (年度末 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100 歳以上・60～64 歳) ・ 非該当 【肺球】 該当 (満 65 歳) ・ 非該当 【イ・コ】 (満 65 歳以上・60～64 歳) ・ 非該当
接種履歴	履歴なし ・ 履歴あり非該当
指定医療機関か	該当 ・ 非該当
自己負担金免除	該当 ・ 非該当
自己負担金 支払い場所	医療機関 ・ 保セ
※60～64 歳で対象のかたは医師の診断書または身体障害者手帳をコピー ※健康かるての接種履歴画面を添付 ※(免除申請ある場合) COKAS の課税状況画面を添付	

受付印

--

受付者	担当者	所属長

※市外接種手続きのみの場合は、所属長の押印が不要のため、斜線を引く。