

## 令和7年度守山市定期予防接種料無料申請書

(記入日) 年 月 日

守山市長あて

守山市予防接種実施要綱第4条第4項の規定により、下記のとおり接種料の無料申請をします。

なお、接種料の無料の可否を決定するにあたり、職員が当該世帯員の税情報を閲覧すること（個人番号（マイナンバー）を用いた転入前の他市区町村への照会を含む。）、または、福祉事務所に生活保護世帯、もしくは中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯であるかどうかについて照合することに同意します。

フリガナ		生年月日
被接種者 氏名		年 月 日 (満 歳)
住所	守山市	
電話番号		
予防接種 の種類、 申請金 額、接種 予定医療 機関	※該当するもの全てにチェック☑し、医療機関名を記入してください。 <input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症(2,000円)【医療機関: 】 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ(1,000円)【医療機関: 】 <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナワクチン(2,100円)【医療機関: 】 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹(☐ビケン:2,500円、☐シングリックス筋注用:6,500円) 【医療機関: 】	
申請理由	※該当するものにチェック☑してください。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 世帯員全員が市民税非課税 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立支援に関する法律による支援給付受給世帯	
決定通知 送付先	※上記住所と異なる場合のみ記入	

※提出者の本人確認ができる証明書（健康保険証、運転免許証、マイナンバーカード等）をご提示ください。

あわせて本人以外の方が提出される場合は、下記をご記入ください。

(提出者) 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

## (担当課確認欄)

本人・提出者確認方法	申請理由確認方法	対象者該当	受付者	確認者
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 提出者	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 世帯員全員の税情報	<input type="checkbox"/> 対象（無料） <input type="checkbox"/> 対象外		
<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援対象者と認める厚生労働大臣の証明	(自己負担額あり)		