

様

# 注意点

## 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、接種料の無料の申請は、税情報を見ることができ、個人番号(マイナンバー)を用いて、生活保護世帯、もしくは中国残留邦人等の円滑な帰国による支援給付受給世帯であるかを申請理由として記入してください。

接種される人の本人の氏名・生年月日等を  
記入してください

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) <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) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹(□ビケン:2,500円、□シケン:2,500円) 【医療機関】	<b>希望される予防接種にチェック</b> <b>※注意</b> 高齢者の肺炎球菌感染症→65歳のみ対象 帯状疱疹→当該年度内に65歳・70歳・75歳・80歳・85歳・90歳・95歳・100歳以上となる人 インフルエンザ・新型コロナワクチン →65歳以上が対象
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による支援給付受給世帯	該当するものにチェックしてください 対象となるかを担当課で確認します
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、

(提出者) 氏名 \_\_\_\_\_

本人に代わって申請書を提出される場合、  
提出者の氏名等を記入してください

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"/> 対象(無料)		
<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他( )	<b>こちらは、記入しないでください</b>			
	援対象者と認める厚生労働大臣の証明			