

高槻市带状疱疹予防接種 費用無料証明書交付申請書兼非課税世帯申立書

(宛先) 高槻市長

下記のとおり、高槻市带状疱疹予防接種費用無料証明書（以下「証明書」という。）の発行対象者に該当することを申し立てるとともに、証明書の交付を申請します。

また、この申請に伴い、住民情報、被接種者世帯の市民税課税状況、生活保護受給状況等について閲覧もしくは関係部署等に確認することについて同意します。

市確認欄

☐

		年 月 日	
被接種者 (※申請者)	フリガナ		明・大・昭・西暦 年 月 日
	氏 名		
	住 所	〒569- 高槻市	生年月日 電話番号

※ 被接種者以外が申請をする場合は、裏面にもご記入ください。

☐

証明書の発行対象者（1～3の全てに該当すること）

☐☐

1	過去に带状疱疹ワクチン等の接種を受けたことがないなど、接種を受ける必要があること
2	以下のいずれかに該当すること ① 予防接種を受ける日の属する年度に65歳・70歳・75歳・80歳・85歳・90歳・95歳・100歳になる人及び100歳以上の人 ② 申請日時時点で満60歳以上65歳未満であって、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がい程度が身体障がい者手帳1級に相当する人
3	以下のいずれかに該当すること ① 申請日において市民税非課税世帯に属する人 ② 申請日の前年において、世帯員の全員が市民税非課税相当である世帯に属する人 ③ 生活保護法による生活保護を受給している人 ④ 中国残留邦人等の支援給付を受給している人

申請に必要な書類

○带状疱疹予防接種を受ける人の接種券（ハガキ）

○この申請をする人（申請を委任する場合は裏面の代理申請者）の本人確認書類

○身体障がい者手帳等（接種日時時点で満60歳以上65歳未満の人のみ）

※郵送申請の場合は接種券（ハガキ）原本と本人確認書類の写しを同封してください。身体障がい者手帳は氏名・生年月日・住所と個別の障がい名称及び等級が記載された部分の写しを同封。

----- <高槻市確認欄>（以下、何も記入しないでください。） -----

右の書類が必要な場合は写しを添付しているか

☐身体障がい者手帳の写し

☐本人確認証の写し

本人確認書類	受付者	確認者	TL
個人番号カード・被保険者証・運転免許証・障がい者手帳 その他（ ）			
No.			

● 代理申請をする場合は下欄にご記入ください。

委任者 (被接種者)	フリガナ			
	氏 名	⑩ (署名または記名押印)		
私は、次の者に申請に関する一切の権限を委任します。				
受任者 (代理申請者)	フリガナ			
	氏 名	(事業所の場合は事業所名も記入してください)		
	住 所			
	被接種者との関係		電話番号	

郵送による申請で、被接種者の住所以外に証明書を送付する場合、下欄にご記入ください。
※記載がない場合は被接種者の住所へ送付します。

1、受任者の住所

2、その他の送付先の場合は下欄へ記入

〒 _____

住所 _____

名前 _____

【注意事項】

- ・ 発行される接種券は、高槻市と带状疱疹予防接種業務委託契約を締結した受託医療機関で使用できます。
- ・ 費用無料証明処理がされた接種券で、すでに医療機関に支払った一部自己負担金の払い戻しはできません。払戻しを希望する場合は、高槻市保健所において償還払いの手続きを行う必要があります。