

高齢者用予防接種自己負担金無料申請書

令和 年 月 日

糸 島 市 長 様

申請者	氏 名 (署名または記名押印)		電話 番号	
	住 所	市		

※申請者と接種希望者が別世帯の場合、委任状が必要。

下記の接種希望者における予防接種自己負担金が無料になることを申請します。

記

1 申請理由 市県民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯

2 接種希望者(同一世帯の中で、自己負担金免除の申請希望者を含む)

住 所	☐ 申請者と同じ	糸島市			
氏 名		生 年 月 日		接種予定 ワクチン	
☐ 申請者と同じ		年	月	日	☐ 新型コロナウイルス ☐ インフルエンザ ☐ 肺炎球菌・带状疱疹
		年	月	日	☐ 新型コロナウイルス ☐ インフルエンザ ☐ 肺炎球菌・带状疱疹
		年	月	日	☐ 新型コロナウイルス ☐ インフルエンザ ☐ 肺炎球菌・带状疱疹

60歳以上65歳未満の接種対象者
【新型コロナウイルス、インフルエンザ、肺炎球菌】心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障がい（おおむね、身体障害者障害程度等級1級又は同程度とみなされる状態）を有する人。
【带状疱疹】ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障がい（おおむね、身体障害者障害程度等級1級又は同程度とみなされる状態）を有する人。

以下市記入欄

判定 該当 ・ 非該当	申請方法	
判定資料 【非課税世帯】課税台帳等・後期限度証（区分Ⅰ・Ⅱ）・介護限度証・ 介護保険料納入通知書・担当課（ ）確認・その他（ ） 【生活保護】生保受給証・保護受給証明書・担当課確認・その他（ ） ※60～65歳未満の人は、上記に加え、障害者手帳（腎臓、心臓、呼吸器疾患で1級程度）等のコピー要	☐ 窓口 ☐ 郵送→結果送付日（ ）	
	受付日	受付者