

# 定期予防接種無料券交付申請書

(あて先) さいたま市長

◎太線の枠内を記入してください。  
◎該当する□に✓をしてください。

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

窓口に来た方(申請者)	住所				
	フリガナ		電話番号		
	氏名		-	-	
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
	無料券が必要な方との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> 後見人等(登記事項証明書の写し※) <input type="checkbox"/> その他( )⇒「本人、同居の親族、後見人等」以外の方は、委任状が必要			

\*登記事項証明書の写しを提出いただきます。(保佐人・補助人であっても、代理権目録の内容によっては申請できません)

◎窓口に来た方(申請者)は本人確認ができるものを提示してください。

市民税非課税世帯に属するため、定期予防接種無料券の交付を申請します。  
申請にあたり、市民税課税状況の確認をすることに同意します。

接種を希望する方・ワクチンの種類	住所	<input type="checkbox"/> 窓口に来た方と同じ(✓をすれば記入不要) さいたま市 区			
	フリガナ		電話番号		
	氏名	<input type="checkbox"/> 窓口に来た方と同じ(✓をすれば記入不要)			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	接種の種類・接種予定日	<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌ワクチンの接種を希望 → <input type="checkbox"/> これまでに23価肺炎球菌ワクチン(ニューモボックス)の接種を、自費等を含めて1回も受けていない → <input type="checkbox"/> 接種予定日: 令和 年 月 日 ←接種後の申請は不可 <input type="checkbox"/> インフルエンザワクチンの接種を希望 → <input type="checkbox"/> 今年度、市の助成によるインフルエンザワクチン接種を受けていない → <input type="checkbox"/> 接種予定日: 令和 年 月 日 ←接種後の申請は不可			
医療機関名	さいたま市実施医療機関 又は 埼玉県内相互乗入協力医療機関				

◎注意事項

- 市民税非課税世帯とは、**世帯全員の方が非課税である場合のこと**です。本人が非課税であっても、同一世帯の家族の方(夫・妻・子供等)が課税されている場合は該当しませんので、ご了承ください。
- 市民税の申告をされていない場合は、各市税事務所で申告した後に、定期予防接種無料券の申請をしてください。

接種日時時点で定期予防接種の対象者でないことが判明した場合、接種費用が全額自己負担になることに同意します。  氏名 _____	
---	--



保健センター確認欄	
窓口・郵送	受付者 <input type="checkbox"/> 世帯全員非課税 <input type="checkbox"/> 世帯内に課税者有 <input type="checkbox"/> 世帯内に未申告者有 <input type="checkbox"/> その他(生活保護、 ) 本人確認 ⇒ <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 接種後の申請でない事を確認した <input type="checkbox"/> 医療機関は、さいたま市実施医療機関又は埼玉県内相互乗入協力医療機関であることを確認した( <input type="checkbox"/> 医療機関未定の場合は、実施医療機関等でのみ無料券が有効となることを説明した ) <input type="checkbox"/> 保健システムで事前に無料券発行歴を確認した(2重交付防止のため)
	確認者 成人用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 対象の生年月日であることを確認した <input type="checkbox"/> 自費を含め、ニューモボックスの接種を受けたことがないことを確認した <input type="checkbox"/> 保健システムで接種歴を確認した
	所属長 インフルエンザ <input type="checkbox"/> 接種予定日時時点で65歳以上であることを確認した <input type="checkbox"/> 今年度、市の助成による接種を受けていないことを確認した
	交付日: 月 日
	No. _____