

定期予防接種無料券交付申請書

(あて先) さいたま市長

市民税非課税世帯に属するため、以下の全ての事項に同意し、申請を行います。

- ①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。
- ②接種日時点で令和6年度さいたま市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。
- ③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以外の医療機関で接種を行った場合、接種費用が全額自己負担になることに同意します。
- ④接種後の無料券の交付は認められません。

◎太線の枠内を記入してください。
◎該当する口に✓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	大正・昭和・平成	年	月 日 (歳)
	被接種者との関係	<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		
	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <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		

*年齢は申請者が被接種者である場合のみ記入

※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

接種を希望する方(被接種者)	<input type="checkbox"/> (☑の場合記入不要) 窓口に来た方と同じ	住所	さいたま市 区
		フリガナ	
		氏名	
		生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌ワクチンの接種を希望 (65歳 ・ 60~64歳) → <input type="checkbox"/> これまでに23価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)の接種を、自費等を含めて1回も受けていない	
		<input type="checkbox"/> インフルエンザワクチンの接種を希望 (65歳以上 ・ 60~64歳) → <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"/> 新型コロナワクチンの接種を希望 (65歳以上 ・ 60~64歳) → <input type="checkbox"/> 今年度、市の助成による新型コロナワクチン接種を受けていない			

*対象年齢と要件を満たさない場合、無料券の交付不可

◎注意事項

- 1 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(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。
- 2 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。

保健センター確認欄

窓口・郵送	受付者	<input type="checkbox"/> 世帯全員非課税であることを確認した (要確認: <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()	
	確認者	<input type="checkbox"/> 申請があったワクチンの定期予防接種について、今年度は未接種であることを確認した <input type="checkbox"/> 申請があったワクチンの定期予防接種について、対象年齢を確認した	
	所属長	<input type="checkbox"/> 実施医療機関等でのみ無料券が有効となることを改めて説明した	
	交付日:		月 日