様式第1号(第4条関係)

# 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□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 | 明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日　(　　歳)<br>＊年齢は申請者が被接種者である場合のみ記入 | |
| | 被接種者との関係 | □ 本人　□ 同居の親族　□ 後見人等(登記事項証明書の写し※)<br>□ 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 | □ マイナ保険証(健康保険証)　□ 介護保険証　□ 運転免許証<br>□ 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 | |

※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) | □(✔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 | 電話番号 |
| | | 氏　名 | －　　－ |
| | | 生年月日 | 明治・大正・昭和　　年　　月　　日　(　　歳) |
| | ワクチンの種類<br>＊対象年齢と要件を満たさない場合、無料券の交付不可 | □ 成人用肺炎球菌ワクチンの接種を希望　(　６５歳　・　６０～６４歳　)<br>→□ これまでに成人用肺炎球菌ワクチンの接種を、自費等を含めて１回も受けていない<br>→□ 市内実施医療機関で接種　□県内相互乗り入れ接種協力医療機関で接種 | |
| | | □ インフルエンザワクチンの接種を希望(　６５歳以上　・　６０～６４歳　)<br>→□ 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<br>→□ 市内実施医療機関で接種　□県内相互乗り入れ接種協力医療機関で接種 | |
| | | □ 新型コロナワクチンの接種を希望(　６５歳以上　・　６０～６４歳　)<br>→□ 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<br>→□ 市内実施医療機関で接種　□県内相互乗り入れ接種協力医療機関で接種 | |
| | | □ 帯状疱疹ワクチンの接種を希望<br>(　６５歳以上(６５歳から１００歳までの５歳刻みの年齢)　・　６０～６４歳　)<br>→□ これまでに帯状疱疹ワクチンの接種を、自費等含めて１回も受けていない<br>又は<br>乾燥組換え帯状疱疹ワクチンを、自費等含めて１回のみ接種した<br>→□ 生ワクチンで接種(１回)　□組換えワクチンで接種(２回)<br>→□ 市内実施医療機関で接種　□県内相互乗り入れ接種協力医療機関で接種 | |
| 無料券受領方法<br>(○印をつけてください) | | １：窓口　　２：申請者住所　　３：被接種者住所<br>４：その他(　　) | |

◎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 | □　世帯全員非課税であることを確認した<br>(要確認：□世帯内に課税者有　□世帯内に未申告者有　□その他(　　) |
| | 確認者 | □　上記の「ワクチンの種類」欄のチェック項目について、該当ワクチンごと漏れなく確認した |
| | | □　無料券下欄の《重要事項》《接種を希望する人へ》の記載について、改めて案内した |
| | 所属長 | □　帯状疱疹の無料券交付者に、無料券下欄の《実施医療機関へのお願い》の2.に記載されている内容を参考に、使用方法を説明した |
| | | 交付日：　　月　　日　　No. |