

成人用肺炎球菌ワクチン予防接種自己負担免除対象者申請書

<申請者記入欄>

 紛失等による再申請の場合は

(あて先) 横浜市

申請日：令和 年 月 日

成人用肺炎球菌ワクチン予防接種自己負担免除対象者の確認を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、確認を受けるにあたり、下記1、2のあてはまる番号に○をつけてください。また、過去の接種歴についてチェックをお願いします。

- 私の世帯全員の市民税・県民税の課税状況を調査することに同意します。
- 私の世帯全員の市民税・県民税の課税状況を証する書類を提出します。

【接種歴の確認】成人用肺炎球菌ワクチン(23価)について、過去に受けたことが (□ある □ない)

フリガナ		生年月日
氏名		昭和 年 月 日生 (歳)
現在の住所	横浜市	
<input type="checkbox"/> 1/4~6/30の間に申請の方：前年の1月1日時点の住所を記載 <input type="checkbox"/> 7/1~12/28の間に申請の方：現年の1月1日時点の住所を記載 (現住所と同じ場合は、同上に記載)		
個人番号(マイナンバー) 令和 年1月1日時点で市外在住の場合(※)		電話番号

※令和 年1月1日時点で、同世帯の中で横浜市外在住の方がいる場合は、下の欄も記入してください。

フリガナ		生年	明治・大正・昭和・平成・令和
氏名		月日	年 月 日生
住所(令和 年1月1日時点)			
個人番号(マイナンバー)			

フリガナ		生年	明治・大正・昭和・平成・令和
氏名		月日	年 月 日生
住所(令和 年1月1日時点)			
個人番号(マイナンバー)			

※本人以外が申請する場合に記入してください。

窓口に来た方(代理申請する方)の氏名		接種を受ける方との関係
窓口に来た方(代理申請する方)の住所		同一世帯員

窓口に来た方が、接種を受ける方の同一世帯員以外の場合は、下の委任欄に記入してください。

私は、上記の者に、成人用肺炎球菌ワクチン予防接種自己負担免除に係る申請手続きを委任します。
接種を受ける方の氏名 _____ 印
(接種を受ける方本人の署名の場合、押印は不要です。)

<区役所記入欄>

マイナンバー 確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他()	申請者 確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 年金等手帳 <input type="checkbox"/> その他()	接種 歴	<input type="checkbox"/> あり (非該当) <input type="checkbox"/> なし	対応 結果	<input type="checkbox"/> 該当 (確認書発行) <input type="checkbox"/> 非該当
--------------	--	-----------	---	---------	---	----------	--

成人用肺炎球菌ワクチン予防接種自己負担免除対象者確認書

<協力医療機関の皆様へ>

交付日：令和 年 月 日

本確認書は、以下の方が横浜市成人用肺炎球菌ワクチン予防接種の自己負担免除対象者であることを証明するものです。

ワクチン接種にあたっては、健康保険証等の本人確認書類と、以下の住所・氏名・生年月日を照合し、本人確認を行った上で接種をお願いいたします。

フリガナ		生年月日
氏名		昭和 年 月 日生 (歳)
現在の住所	横浜市	
<input type="checkbox"/> 1/4～6/30の間に申請の方：前年の1月1日時点の住所を記載 <input type="checkbox"/> 7/1～12/28の間に申請の方：現年の1月1日時点の住所を記載 (現住所と同じ場合は、同上と記載)		
	電話番号	

<福祉保健センター記入欄>

上記の方が、成人用肺炎球菌ワクチン予防接種自己負担免除対象者であることを確認しました。

本確認書類の有効期限は、
1、令和 年6月30日までです。
2、66歳を迎える誕生日の前日までです。

福祉保健センターで、1、2どちらかに○をし、1の場合、年を記入。

福祉保健センター

※右の確認欄に押印のない場合は無効です。

発行日及び確認欄

<協力医療機関記入欄>

所在地		接種年月日
医療機関名		
電話番号		令和 年 月 日

協力医療機関の方へ：医療機関名等と接種年月日を記入のうえ、成人用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票にこの確認書を添付して御請求ください。