

【事業者用】令和7年度高齢者の定期予防接種費用免除申請書兼同意書

(あて先)八尾市長

申請日 令和 年 月 日

定期予防接種に係る費用について、本申請書を提出します。また、この申請に伴い、接種歴の確認、住民情報、被接種者世帯の市民税課税状況、生活保護受給状況等について閲覧もしくは関係部署等に確認することに同意します。

●太枠内記入して下さい。

申請する予防接種に✓		☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナワクチン (チェックがない場合は、両方の申請とみなします。)	
申請者	事業者名		
	住所		
	連絡先	担当者名	電話番号
免除種別	①申請日において市民税非課税世帯に属する人 ※令和7年1月1日に八尾市に住民票がない場合は、介護保険料負担限度額認定証などの免除対象者確認書類の添付が必要です。		
	②生活保護法による生活保護を受給している人 ③中国残留邦人等の支援給付を受給している人		
申請条件	㊦ 65歳以上である ㊦ 60～64歳で心臓・腎臓・呼吸器・免疫機能のいずれかに身体障害者手帳1級相当の障害がある ※身体障害者手帳の等級部位の分かる箇所の写しを添付してください。		
確認事項	右記すべて確認の上、申請します ●申請者の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証等)を提示の上、申請します。 郵送の場合は、本人確認書類の写しを添付してください。 ●八尾市内の委託医療機関で接種します。 ●年度初めての接種であり、2回目を接種した場合は返金することを了承します。		
被接種者(太枠内記載してください。)			
	氏名	生年月日	住所
			免除種別 申請条件 (該当するいずれかに○)
1		大正 昭和 年 月 日	① ② ③ ㊦ ㊦
2		大正 昭和 年 月 日	① ② ③ ㊦ ㊦
3		大正 昭和 年 月 日	① ② ③ ㊦ ㊦
4		大正 昭和 年 月 日	① ② ③ ㊦ ㊦
5		大正 昭和 年 月 日	① ② ③ ㊦ ㊦
6		大正 昭和 年 月 日	① ② ③ ㊦ ㊦
7		大正 昭和 年 月 日	① ② ③ ㊦ ㊦
8		大正 昭和 年 月 日	① ② ③ ㊦ ㊦
9		大正 昭和 年 月 日	① ② ③ ㊦ ㊦
10		大正 昭和 年 月 日	① ② ③ ㊦ ㊦

【申請先】 〒581-0833 八尾市旭ヶ丘5-85-16 八尾市保健センター 健康推進課 予防接種担当

郵送申請の場合の郵便代は自己負担です。返信用封筒をご用意ください。

処理欄(ここから下は記入しないでください)

窓口確認欄	☐ 本人確認 添付書類: 無・有(☐ 免除対象者確認書類【1/1に八尾市民でない方】 ☐ 身障手帳)
健康推進課確認欄	確認者 確認項目 交付数 非該当数
確認日	1、いずれかに該当 ☐ 65歳以上である ☐ 接種期間に65歳(要押印) ☐ 60～64歳は手帳写し添付 2、すべてに該当 ☐ 接種歴・交付歴がない ☐ 免除要件(生活保護・非課税世帯である) 乗入れ施設の場合、大阪府民である