

(令和8年度)高齢者の定期予防接種費用免除申請書兼同意書(インフルエンザ・新型コロナワクチン)

(あて先)八尾市長

申請日 令和 年 月 日

定期予防接種の費用免除につき、本申請書を提出します。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・府民税課税状況、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。

● ①～⑥をすべて記入してください。

① 申請する 予防接種	☐ インフルエンザワクチン ☐ 新型コロナワクチン	※どちらも接種する場合は両方にチェック ☒ (チェックがない場合は、両方の申請とみなします。)	
② 区分	☐ ①申請日において市・府民税非課税世帯に属する人 ※令和8年1月1日に八尾市に住民票がない場合は、所得証明書等の免除対象者確認書類の提出が必要です。 ☐ ②生活保護法による生活保護を受給している人 ※八尾市以外から受給を受けている人は、受給証明書等の確認書類の提出が必要です。 ☐ ③中国残留邦人等の支援給付を受給している人		
③ 自己申告	☐ 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。		
④ 被接種者 (接種を受ける人)	フリガナ		性別 男 ・ 女
	氏名		
	生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日	
	住所	八尾市	
⑤ 電話番号 ※日中連絡がつく連絡先		— —	
⑥ 申請者	☐ 被接種者と同じ ※被接種者以外の人が申請 する場合は右欄を記入	氏名	
		続柄	家族 ・ 施設職員等 【※左記以外の者は下記の委任状が必要です】
		住所	

※申請者が本人または上記続柄以外の場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状	免除申請に係る権限を委任します。	
	受任者(申請者)	氏名 _____ 住所 _____
	委任者(被接種者)	氏名 _____ (自署または記名押印) 住所 _____

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となります。
-----	---

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		確認項目		審査結果	
確認日	/	1. いずれかに ☒ ☐ 65歳以上 ☐ 接種期間に65歳になる(要押印) ☐ 60～64歳は手帳写し(要押印)	2. 両方に ☒ ☐ 接種歴・交付歴がない ☐ 免除要件 生活保護・非課税世帯	交付	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナワクチン
確認者				非該当	☐ 定期対象外(年齢・他市民) ☐ 課税世帯(課税者: ・不明)