

(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(带状疱疹ワクチン)

(※注意 八尾市内委託医療機関で接種する場合のみ申請できます)

(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。

● ①～⑦をすべて記入してください。

①申請する 予防接種	带状疱疹ワクチン		
②種別 接種する ワクチン いずれかに☑	<input type="checkbox"/> 組換えワクチン「シングリックス」(原則2か月間隔で2回接種) <input type="checkbox"/> 生ワクチン「ビケン」(1回接種) ※免疫不全者、免疫抑制治療を受けているものは不可		
③区分 該当する いずれかに☑	<input type="checkbox"/> ①申請日において市民税非課税世帯に属する人 ※八尾市で最新の所得状況が確認できない場合は、所得証明書等の免除対象者確認書類の提出が必要です。 <input type="checkbox"/> ②生活保護法による生活保護を受給している人 <input type="checkbox"/> ③中国残留邦人等の支援給付を受給している人		
④自己申告 該当する いずれかに☑	<input type="checkbox"/> 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳になる <input type="checkbox"/> 60～64歳でヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能で身体障害者手帳1級相当の障害がある (※身体障害者手帳等の確認書類の添付が必要)		
	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。		
⑤被接種者	フリガナ		性別 男 ・ 女
	氏名		
	生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)	
	住所	〒581- 八尾市	
⑥電話番号※日中連絡がつく連絡先。		— —	
⑦申請者	<input type="checkbox"/> 被接種者と同じ 【※被接種者以外の場合は 右記を記載してください。】	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 _____ (自署または押印) 住所 _____

【申請先】(郵送申請の場合の郵便代は自己負担です。)

〒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

※無料予診票には、申請と異なる住民基本台帳上の氏名が印字される場合があります。

処理欄(ここから下は記入しないでください)

窓口確認欄	<input type="checkbox"/> 申請者確認	添付書類: 無・有(<input type="checkbox"/> 免除対象者確認書類【1/1に八尾市民でない方】 <input type="checkbox"/> 身障手帳等)		
健康推進課確認欄	確認項目		交付	
確認日	/	1. いずれかに○ 65歳・70歳・75歳・80歳・85歳 90歳・95歳・100歳 60～64歳(手帳等写し添付必)	2. 両方に☑ <input type="checkbox"/> 交付歴がない <input type="checkbox"/> 免除要件 生活保護・非課税世帯である	<input type="checkbox"/> シングリックス(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> ビケン 【不可事由】 <input type="checkbox"/> 定期対象外(年齢・他市民) <input type="checkbox"/> 課税世帯(課税者:)
確認者				