

※裏面も必ずお読みください

生駒市高齢者予防接種自己負担金免除申請書

R7年 4月 5日

生駒市長殿

高齢者予防接種に係る自己負担金の免除を受けたいので申請します。
この申請に伴い、市職員が被接種者及び被接種者と同一世帯に属する者の生活保護の適用状況を照会することについて了承します。

(窓口来所者)	氏名	生駒 太郎
	住所・連絡先	生駒市東新町1-3 電話番号 0743 - 75 - 2255
	生年月日	大正・昭和 35年 4月 20日
	被接種者との関係 (該当に○をつけて下さい)	1 本人 2 本人以外→被接種者との続柄 () ※本人以外で、世帯が異なる人が申請する場合には、申請書下部の委任状欄の記入が必要です。

※申請者と被接種者が同一の場合は、下記欄の口をチェックしてください。
※同一世帯で他に接種を希望する人がいる場合は下記欄に記入してください。

(予防接種を受ける者)	☒ 申請者(窓口来所者)と同じ	
	接種を希望するワクチン	☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン(ビケン) ☒ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン(シングリックス) ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス
	※高齢者肺炎球菌接種歴	23価肺炎球菌ワクチンを受けたことが(ある・ない)
	※带状疱疹接種歴	带状疱疹の予防を目的として、乾燥弱毒生水痘ワクチンまたは乾燥組換え带状疱疹ワクチンを受けたことが(ある・ない)
	接種予定医療機関	〇〇病院 (市内・市外・県外)
	①氏名	生駒 花子
	住所・連絡先	生駒市 同上 電話番号 -
	生年月日	大正・昭和 36年 1月 25日
	接種を希望するワクチン	☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン(ビケン) ☒ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン(シングリックス) ☒ 高齢者肺炎球菌 ☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス
	※高齢者肺炎球菌接種歴	23価肺炎球菌ワクチンを受けたことが(ある・ない)
	※带状疱疹接種歴	带状疱疹の予防を目的として、乾燥弱毒生水痘ワクチンまたは乾燥組換え带状疱疹ワクチンを受けたことが(ある・ない)
	接種予定医療機関	〇△内科クリニック (市内・市外・県外)
	②氏名	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日
接種を希望するワクチン	☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン(ビケン) ☐ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン(シングリックス) ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス	
※高齢者肺炎球菌接種歴	23価肺炎球菌ワクチンを受けたことが(ある・ない)	
※带状疱疹接種歴	带状疱疹の予防を目的として、乾燥弱毒生水痘ワクチンまたは乾燥組換え带状疱疹ワクチンを受けたことが(ある・ない)	
接種予定医療機関	(市内・市外・県外)	

委任状

高齢者予防接種自己負担金免除の申請に関する権限を申請者(窓口来所者)に委任します。

委任者(被接種者) 住所 生駒市
氏名 印

※市記載欄

該当・非該当()	宛名番号	発行番号	二	確認者	
-----------	------	------	---	-----	--

生駒市高齢者予防接種自己負担金免除申請の流れ

※肺炎球菌予防接種について

今までに自費・公費を問わず、この予防接種を受けたことがある人はこの制度の対象外となります。

※带状疱疹予防接種について

今までに自費で带状疱疹予防を目的として、乾燥弱毒生水痘ワクチンまたは乾燥組換え带状疱疹ワクチンを受けたことがある人はこの制度の対象外となります。

◆補助対象者は次の条件（１）（２）を全て満たす方です。

- （１）生活保護世帯に属する方
- （２）生駒市内に住所を有する方

◆申請・接種方法は次のとおりです。

原則事前申請が必要です！

①予防接種をされる前に、『生駒市高齢者予防接種自己負担金免除申請書』を生駒市健康課に直接又は郵送で提出してください。

※世帯員以外の方が申請する場合は、申請書表面の委任状欄の記載が必要です。

②免除対象の方に、『生駒市高齢者予防接種無料券』を交付します。

③『生駒市高齢者予防接種無料券』の交付を受けた方は、無料券を医療機関に提出すれば無料で接種できます。
（生駒市内の指定医療機関に予約をされた場合）

【申請及び問い合わせ先】

〒630-0258

生駒市東新町1-3（セラビーいこま内）

生駒市 健康課

電話：0743-75-2255