

宗像市長 あて

平成31年度 宗像市高齢者の予防接種費用徴収免除対象者証明書交付申請書

宗像市高齢者の予防接種(肺炎球菌・インフルエンザ)費用徴収免除対象者証明書の交付について申請します。

なお、この申請のため、被接種者及び被接種者と生計を一にする者の個人情報(収入状況等)を確認し閲覧することに同意します。

※インフルエンザに係る証明書交付は、10月から12月まで(閉庁日除く。)です。

○被接種者

※太枠の中を記入してください。

|            |  |      |                   |
|------------|--|------|-------------------|
| 住所         | 宗像市  |      |                   |
|            | TEL  |      |                   |
| フリガナ<br>氏名 | 印  |      |                   |
| 性別         | 男・女  | 生年月日 | 明治・大正・昭和<br>年 月 日 |
| 対象者区分      | <input type="checkbox"/> 65歳以上の者<br><input type="checkbox"/> 60歳以上65歳未満の者で心臓、腎臓、呼吸器に重篤な疾患のある者<br><small>(心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害で障害者手帳1級相当の者)</small> |      |                   |

※被接種者本人または保護者の自署であれば押印は省略可

※委任状がある人、同一世帯人、後見人等が申請する場合は被接種者の押印省略可

○窓口に来た人(被接種者と異なる場合のみ記入)

|            |     |  |  |
|------------|-----|--|--|
| 住所         | TEL |  |  |
| フリガナ<br>氏名 | 印   |  |  |
| 被接種者との続柄   |     |  |  |

宗像市処理欄

| 本人申請  | 代理人申請  | 区分   | 交付方法   | 係 | 係長 | 課長 |
|---|--|--|--|---|----|----|
| <input type="checkbox"/> 本人確認(保険証等)<br><input type="checkbox"/> 大島預かり | <input type="checkbox"/> 委任状<br><input type="checkbox"/> 同一世帯<br><input type="checkbox"/> 本人確認(保険証等)<br><input type="checkbox"/> 大島預かり | 交付<br><input type="checkbox"/> 非課税世帯<br><input type="checkbox"/> 生活保護世帯<br>非交付<br><input type="checkbox"/> 免除対象外 | <input type="checkbox"/> 窓口交付<br><input type="checkbox"/> 郵送交付<br><input type="checkbox"/> 大島便 |   |    |    |

高齢者の肺炎球菌についての確認

対象者確認(65歳未満は、身体障害者手帳の確認)

|  |                        |        |                        |
|--|------------------------|--------|------------------------|
| 65歳  | 昭和29年4月2日 ~ 昭和30年4月1日生 | 85歳    | 昭和9年4月2日 ~ 昭和10年4月1日生  |
| 70歳  | 昭和24年4月2日 ~ 昭和25年4月1日生 | 90歳    | 昭和4年4月2日 ~ 昭和5年4月1日生   |
| 75歳  | 昭和19年4月2日 ~ 昭和20年4月1日生 | 95歳    | 大正13年4月2日 ~ 大正14年4月1日生 |
| 80歳  | 昭和14年4月2日 ~ 昭和15年4月1日生 | 100歳以上 | 大正9年4月1日 以前生の人         |
| 60歳以上65歳未満で、心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害で身体障害者手帳1級 |                        |        |                        |

健康管理システムによる接種履歴の確認

案内の確認(接種履歴は、かかりつけ医にも確認を。接種の必要性も。)