

高齢者インフルエンザ予防接種 実施のお知らせ

福知山市福祉保健部健康医療課

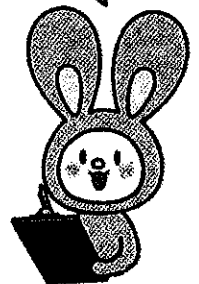
☆令和2年度は対象者を拡充しましたが、令和3年度は高齢者と障害のある人が対象です。☆

高齢者がインフルエンザにかかると、肺炎などを併発し、重症化することがあります。福知山市では、予防接種法に基づき、高齢者のインフルエンザ予防接種を行います。このインフルエンザ予防接種は、自らの意思で希望された人に行うもので、接種を強制するものではありません。

- 1 対象者**
 - (1) 接種日に**満65歳以上の福知山市民**
 - (2) 60歳以上～64歳以下の人で心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全ウイルスの障害により身体障害者手帳1級をもっている福知山市民
※上記(2)の人及び、障害のある人は、個別に案内をします。
- 2 接種期間** **令和3年10月15日(金)～令和4年1月31日(月)**
(なお、この期間に65歳の誕生日を迎えられる人は誕生日から接種できます。)
- 3 接種回数** **上記接種期間中に、1人1回**
- 4 接種費用** **1,500円** (医療機関にお支払いください。)

無料制度があります!

「市民税非課税世帯(所得割・均等割ともに非課税)」・「生活保護世帯」の人は必ず接種前に各保健福祉センターで申請を行ってください。郵送でも可能です。申請には必要な書類がありますので4ページを確認してください。申請受理後、該当か非該当かを確認の上、予診票を郵送いたしますので、申請手続きは余裕をもって行ってください。



- 5 接種場所** 予防接種予診票の裏面の実施医療機関一覧表をご覧ください。
- 6 接種当日の持ち物**

本人と確認できる証明書(健康保険証・介護保険証・運転免許証など)

★予診票(自己負担金1,500円のもの)は、実施医療機関・各保健福祉センター窓口に設置します。

★不明な点がある場合は、各保健福祉センターにご連絡ください。

★新型コロナワクチンを接種される場合や接種した場合は、接種前後13日間は他の予防接種はできません。

申請・
問い合わせ先

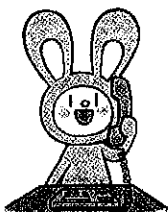
〒620-8501 福知山市字内記13番地の1(内記三丁目)

福知山市福祉保健部健康医療課(中央保健福祉センター)※福知山市役所 2階

電話:23-2788 FAX:23-5998

下記は職員不在の場合がありますので、来所される場合は必ず事前にお問い合わせください。

- * 東部保健福祉センター(三和支所内) 電話:58-2090 FAX:58-3013
- * 西部保健福祉センター(夜久野支所内) 電話:37-1234 FAX:37-5002
- * 北部保健福祉センター(大江支所内) 電話:56-2620 FAX:56-2018



福知山市高齢者インフルエンザ予防接種無料申請書

福知山市長 様

私は、福知山市高齢者インフルエンザ予防接種の無料制度を受けたいので、下記のとおり申請します。
 申請をするに当たり、下記に記入の予防接種希望者及び同一世帯者から課税台帳の閲覧、調査を行うことの同意を得ています。

令和 年 月 日 申請者 住所 〒 -

氏名 (接種希望者との続柄)
 電話番号

接種希望者	住所	〒 - 福知山市 (自治会名:)										
	電話番号	- -										
	1	フリガナ				生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	(満	歳)
		氏名				個人番号						
	2	フリガナ				生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	(満	歳)
		氏名				個人番号						
3	フリガナ				生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	(満	歳)	
	氏名				個人番号							
申請理由		<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯										
同一世帯で下記に当てはまる人 ・20歳以上の人全員 ・20歳未満で収入のある人 ・20歳未満で既婚者		フリガナ				フリガナ						
		氏名				氏名						
		フリガナ				フリガナ						
		氏名				氏名						
		フリガナ				フリガナ						
		氏名				氏名						

* 申請者以外の接種希望者は、下記の委任状が必要になります。(ご家族の方も必要になります。)

委任状

代理人	住所	〒 -									
	氏名				(印) 生年月日						年 月 日

福知山市長 様

私は、上記の者を代理人と定め、福知山市高齢者インフルエンザ予防接種無料申請の権限を委任します。
 令和 年 月 日

委任者	住所	福知山市									
	氏名				(印) 生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日		
	氏名				(印) 生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日		
	氏名				(印) 生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日		

【注】 この申請書に記載いただいた個人情報(福知山市個人情報保護条例(平成16年福知山市条例第22号)第2条第2号に規定する個人情報をいう。)は、福知山市高齢者インフルエンザ予防接種事業に係る事務に利用します。

必ず裏面をお読みください。

【記入例】

—インフルエンザ予防接種希望者本人が家族の分も合わせて申請する場合の例—

福知山市高齢者インフルエンザ予防接種無料申請書

福知山市長 様

私は、福知山市高齢者インフルエンザ予防接種の無料制度を受けたいので、下記のとおり申請します。
申請をするに当たり、下記に記入の予防接種希望者及び同一世帯者から課税台帳の閲覧、調査を行うこと同意を得ています。

令和 年 月 日

日付の記入

申請者 住所 〒620-8501
福知山市字内記13番地の1

氏名 福知 太郎 (接種希望者との続柄 本人)

電話番号 0773-00-0000

窓口に来られる人の住所・氏名・続柄・電話番号を記入してください。

昼間連絡が付きやすい電話番号を記入してください。

接種希望者	住所	〒620-8501 福知山市 字内記13番地の1 (自治会名: 内記三丁目)	
	電話番号	0773-00-0000	
	1 フリガナ	フクチ タロウ	生年月日 明治・大正(昭和) 11年 1月 1日 (満 85 歳)
	氏名	福知 太郎	個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
2 フリガナ	フクチ ハナコ	生年月日 明治・大正(昭和) 22年 2月 2日 (満 74 歳)	
氏名	福知 花子	個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
3 フリガナ		生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)	
氏名		個人番号	
申請理由	[] 市民税非課税世帯 [] 生活保護世帯		
同一世帯で下記に当てはまる人 ・20歳以上の人全員 ・20歳未満で収入のある人 ・20歳未満で既婚者	フリガナ	フクチ シロウ	フリガナ
	氏名	福知 次郎	氏名
	フリガナ	フクチ サブロウ	フリガナ
	氏名	福知 三郎	氏名
フリガナ		フリガナ	
氏名		氏名	

接種希望者の住所・氏名・生年月日・年齢・個人番号(マイナンバー)・電話番号を記入してください。

どちらかに○をつけてください。

同一世帯員を記入してください。

窓口に来られる人以外で、予防接種を申込み人がいる場合

*申請者以外の接種希望者は、下記の委任状が必要になります。(ご家族の方も必要になります。)

委任状

代理人 住所 〒620-8501
福知山市字内記13番地の1

氏名 福知 太郎 (押印) 生年月日 昭和11年 1月 1日

押印を忘れないようにしてください。(朱肉を使った印)

福知山市長 様

私は、上記の者を代理人と定め、福知山市高齢者インフルエンザ予防接種無料申請の権限を委任します。

令和 年 月 日 日付の記入

委任者 住所 福知山市 字内記13番地の1

氏名 福知 花子 (押印) 生年月日 明治・大正(昭和) 22年 2月 2日

氏名 (押印) 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

氏名 (押印) 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

窓口に来られる人(申請者)の住所・氏名・生年月日を記入し、押印してください。

[注] この申請書に記載いただいた個人情報(福知山市個人情報保護条例(平成16年福知山市条例第22号)第2条第2号に規定する個人情報をいう。)は、福知山市高齢者インフルエンザ予防接種事業に係る事務に利用します。

申請者以外の接種希望者の住所・氏名・生年月日を記入し、押印してください。

申請される時は、①「無料申請書」と「本人又は代理人の確認書類」の両方を持参ください。
郵送の場合は、「無料申請書(記入・押印)」と「本人又は代理人の確認書類のコピー」を同封してください。
※「本人又は代理人の確認書類」については、4ページをよくお読みください。

無料申請手続きについて

(2・3ページが無料申請書と記入例です。)

* 下記の注意事項をご確認いただき、申請される人は、以下の書類をお持ちの上、各保健福祉センターに申請してください。

無料申請にあたっての注意事項

- ① 無料申請は、必ず予防接種を受ける前に申請手続きをしてください。接種されてからの払い戻しは出来ませんので、ご注意ください。
- ② 市民税非課税世帯で申請の場合、世帯の中で1人でも課税の人がおられる場合は該当となりませんので、ご確認ください。
- ③ 世帯員のなかで転入された人があり福知山市で課税状況が確認できない場合は、各保健福祉センターから連絡させていただく場合があります。
- ④ 同一住所にお住まいでも世帯が別の場合は、それぞれ申請が必要になります。

無料申請に必要な書類 (郵送の場合は、無料申請書と右記の必要書類のコピーを同封してください。)

1 インフルエンザ予防接種希望者本人が申請される場合

- ① 福知山市高齢者インフルエンザ予防接種無料申請書
- ② 下記のA～Cのいずれかの書類

ア. インフルエンザ予防接種希望者が申請者1人の場合

インフルエンザ 予防接種希望 者本人の確認 必要書類 右のA～C のいずれか	A	マイナンバーカード (個人番号カード)
	B ※1と2 両方必要	1. 通知カード又は住民票 (個人番号付き) 2. 写真付き書類 (下記の一覧表(※1)から1種類)
	C ※1と2 両方必要	1. 通知カード又は住民票 (個人番号付き) 2. 写真のない書類 (下記の一覧表(※2)から2種類)



マイナンバーカード



通知カード

イ. インフルエンザ予防接種希望者が申請者以外にも複数人ある場合

上記(A～Cのいずれか)の書類に加え、下記の書類が必要になります。

代理権の確認	委任状 (無料申請書の委任状に記入・押印があること。)
インフルエンザ予防接種希望者の確認のための必要書類	予防接種希望者の個人番号がわかるもの (その写しでもかまいません) ※希望者全員 例) マイナンバーカード (個人番号カード)・通知カード・個人番号付きの住民票の写しなど

2 インフルエンザ予防接種希望者以外の代理の人が申請する場合 ※次の①と②と③の書類が必要

- ① 福知山市高齢者インフルエンザ予防接種無料申請書及び委任状欄にそれぞれ記入・押印したもの
- ② 代理人を確認するための次のA又はBのいずれかの書類

A	写真付き書類 (下記の一覧表(※1)から1種類)
B	写真のない書類 (下記の一覧表(※2)から2種類)

- ③ インフルエンザ予防接種希望者の確認のための必要書類

インフルエンザ予防接種希望者の個人番号がわかるもの(その写しでもかまいません) ※希望者全員 例) マイナンバーカード (個人番号カード)・通知カード・個人番号付きの住民票の写しなど
--

※1 写真付きの書類 「氏名と生年月日」か「氏名と住所」の記載があるもの

- ① 運転免許証 ② 運転経歴証明書 (交付年月日が平成24年4月1日以降のもの) ③ マイナンバーカード (個人番号カード)
④ 住民基本台帳カード (写真付き) ⑤ 身体障害者手帳 ⑥ 療育手帳 ⑦ パスポート など

※2 写真のない書類は、下記から2種類を確認します。「氏名と生年月日」か「氏名と住所」の記載があるもの

- ① 健康保険証 ② 介護保険の被保険者証 ③ 福祉医療受給者証 ④ 年金手帳 ⑤ 年金証書
⑥ 住民票の写し ⑦ 生活保護受給者証 ⑧ 戸籍や戸籍附票の写し (謄本や抄本も可) ⑨ 印鑑登録証明書
⑩ 税金の証明書 (納税証明書・所得証明書・課税証明書) ※6か月以内のもの
⑪ 領収書 例) 本人名義の国税・地方税・社会保険料・ガス・上下水道 ※6か月以内のもの など

※ 施設の職員など法人の代理人が申請される場合は、事前に各保健福祉センターにお問い合わせください。