

【記入例】

申請される時は、「無料申請書」と「本人また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、記入済み無料申請書と「本人または代理人の確認書類のコピー」を同封してください。

別記様式第1号(第8条関係)

福知山市定期B類予防接種無料申請書

福知山市長 様

私は、福知山市定期B類予防接種の無料制度を受けたいので、下記の事項に同意の上、申請します。

① 申請に当たり、下記の予防接種希望者及び同一世帯員から、福知山市健康医療課が予防接種法第28条に基づく事務手続を処理するために限って、課税台帳の閲覧、調査、地方税関係情報について取得することに同意します。

② 申請に当たり、4月及び5月の申請にあっては前年度6月1日時点、6月から翌年3月までの申請にあっては当該年度6月1日時点から、世帯員及び市民税課税状況に変更はありません。未申告状態の者について、今後課税となることはありません。無料接種後、接種日時点にて課税対象者と判断された場合、接種に係る自己負担金を福知山市へ支払います。また、接種者及び同一世帯員に、他市町村で市民税課税となっている者はいません。

③ 下記の情報を福知山市が関係機関と共有することについて同意します。

年 月 日 申請者 氏名 (接種希望者との続柄) 電話番号

日付の記入

住所 〒 福知山市 (自治会名:)

送付先 □上記住所と同じ

電話番号 フリガナ

氏名 生年月日 年 月 日(満 歳)

氏名 生年月日 年 月 日(満 歳)

氏名 生年月日 年 月 日(満 歳)

申請理由 市民税非課税世帯 生活保護世帯

予防接種の種類 高齢者肺炎球菌 インフルエンザ 新型コロナ 帯状疱疹

同一世帯で下記に当てはまる人
・16歳以上の人全員

フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日

フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日

フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日

修正液・修正テープの使用不可

申請者の氏名・接種希望者との続柄、屋間連絡のつきやすい電話番号を記入してください。

接種希望者の住所・氏名・生年月日・年齢を記入してください。

どちらか該当する方に○を付けてください。

高齢者肺炎球菌に○を付けてください。
 ※高齢者肺炎球菌以外の定期日類予防接種を希望される場合は、下記表にて対象者・接種可能期間をご確認の上、接種可能期間に健康医療課へお問い合わせください。

16歳以上の同一世帯員の氏名を

申請者以外で、予防接種を申し込む人がいる場合は、委任状に記入してください。(御家族の方も必要になります)

委任状

代理人 住所 〒 氏名 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、福知山市定期B類予防接種無料申請の権限を委任します。

年 月 日

日付の記入

委任者 住所 福知山市 氏名 生年月日 年 月 日

氏名 生年月日 年 月 日

氏名 生年月日 年 月 日

申請者の住所・氏名・生年月日を記入してください。

申請者以外の接種希望者の住所・氏名・生年月日を記入してください。

【注】この申請書に記載いただいた個人情報(個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第2条第1項に規定する個人情報をいう。)は、福知山市定期B類予防接種事業に係る事務に利用します。

	肺炎球菌ワクチン	インフルエンザ 新型コロナワクチン	帯状疱疹ワクチン
対象年齢※	満年齢65歳の人 (対象者へは個別に案内)	満年齢65歳以上の人	令和9年4月1日時点の年齢が65・70・75・80・85・90・95・100歳の人 (対象者へは個別に案内)
接種可能期間	予診票記載有効期限 (65歳の誕生日前日から 66歳の誕生日前日まで)	令和8年10月1日から 令和9年1月31日まで (予定)	予診票記載有効期限 (令和8年4月1日から 令和9年3月31日まで)

※接種日時点60～64歳の人でも、身体障害者手帳1級保持者または同程度と医師の診断書で確認できる人については、定期B類予防接種の対象となる場合があります。詳細は健康医療課(TEL: 23-2788)までお問い合わせください。

