

宗像市長 あて

令和3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 氏名			
性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
対象者区分	<input type="checkbox"/> 65歳以上の者 <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 <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 氏名			
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) <input type="checkbox"/> 大島預かり	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 本人確認(保険証等) <input type="checkbox"/> 大島預かり	交付 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 非交付 <input type="checkbox"/> 免除対象外	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付 <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31年4月2日 ~ 昭和32年4月1日生	85歳	昭和11年4月2日 ~ 昭和12年4月1日生
70歳	昭和26年4月2日 ~ 昭和27年4月1日生	90歳	昭和6年4月2日 ~ 昭和7年4月1日生
75歳	昭和21年4月2日 ~ 昭和22年4月1日生	95歳	大正15年4月2日 ~ 昭和2年4月1日生
80歳	昭和16年4月2日 ~ 昭和17年4月1日生	100歳	大正10年4月2日 ~ 大正11年4月1日生

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。)