

身体障がいによる公費助成で
(一部負担)

成人用肺炎球菌
高齢者インフルエンザ

予防接種を受けられる方へ

平成28年度から、番号法施行に伴い、身体障がいによる公費助成(一部負担)で予防接種を受ける方は、保健予防課で「マイナンバーを利用した予防接種対象者確認の申請」が必要になります。

※接種時に**身体障害者手帳(1～4面)の写しを医療機関に提出し**、下記対象者であることが確認できれば、この予防接種対象者確認申請の方法によらず、予防接種を公費助成(一部負担)で受けることができます。

◆対象者

成人用肺炎球菌予防接種では、60歳以上
高齢者インフルエンザ予防接種では、60歳以上65歳未満

で、下記の障がいにより**身体障害者手帳1級**をお持ちの方

- 心臓・腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極度に制限される程度の障がい
- ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がい

◆申請方法

成人用肺炎球菌予防接種 対象者確認書発行申請書に必要事項を記入の上、
高齢者インフルエンザ予防接種 添付書類等と共に、保健予防課の窓口へ持参又は郵送してください。
申請書の受理後、保健予防課にて内容を審査させていただき、対象者であることが確認できましたら「予防接種対象者確認書」を交付いたします。

- ※ 窓口へ持参された場合は、窓口でお待ちいただくことがあります。
- ※ 郵送の場合は、確認書の交付に数日かかります。また、書類に不備等があった場合は、窓口へ来所していただくことがあります。

- 申請書は、申請者1人ごとに1枚必要です。
- 申請者本人が申請する場合は、下記表の①申請者の個人番号が確認できる書類、②申請者本人の本人確認書類が必要です。
- 代理人が申請する場合は、下記表の①申請者(委任者)の個人番号が確認できる書類(写しでも可)、②代理人の本人確認書類、③代理人の代理権を確認する書類が必要です。

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①申請者(委任者)の個人番号(マイナンバー)確認書類
右記のうち、いずれか1点⇒マイナンバー(個人番号)カード、通知カード、住民票の写し(個人番号記載あり) |
| ②申請者、代理人の本人確認書類※「写真付」「写真なし」の書類のどちらか
写真付の場合 右記から1点 ⇒マイナンバー(個人番号)カード、運転免許証、パスポート等
写真なしの場合 右記から2点 ⇒健康保険証、年金手帳等 |
| ③代理権の確認書類
法定代理人の場合⇒戸籍謄本等
任意代理人の場合⇒委任状(申請書の委任欄に申請者(委任者)氏名を記入してください。) |

- ※ 成人用肺炎球菌予防接種における65歳以上の任意接種該当者は、行政措置の為、個人番号の記入は不要です。
- ※ 郵送の場合は、上記の①～③のうち必要な書類の《写し》を必ず同封してください。
- ※ 予防接種対象者確認書は、各予防接種で必要となりますので、予防接種対象者確認書発行申請書の「2 予防接種対象者確認書を必要とする予防接種等の種類」には、申請年度に対象となるすべての予防接種にチェックをすることをお勧めします。

◆医療機関等での手続き

医療機関で接種する際に、保健予防課が発行した「予防接種対象者確認書」(写しでも可)を提出してください。
成人用肺炎球菌予防接種は、2,400円
高齢者インフルエンザ予防接種は、1,400円] の自己負担金で接種できます。

自己負担金免除対象者については、別途「自己負担金免除申請」又は、証明書等の提示が必要です。

自己負担金免除対象者
生活保護受給者、中国残留邦人等支援給付受給者、当該年度に市民税非課税世帯に属する方

お問合せ先

高松市保健予防課 総務・予防接種係 TEL(087)839-2860、FAX(087)839-2879

(宛先)高松市長

予防接種対象者確認書発行申請書

成人用肺炎球菌及び高齢者インフルエンザ予防接種における公費助成の対象者であることの確認を受けたいので、申請します。

なお、申請に当たり、身体障害者手帳の交付及びその障害の程度に関する情報を確認されることを承諾します。

1 予防接種対象者確認(委任者)

住所			
氏名		電話番号	
生年月日	大・昭・平 年 月 日	個人番号	
委任欄	私は、下記の代理人(受任者)に成人用肺炎球菌予防接種及び高齢者インフルエンザ予防接種の対象者確認申請手続きを委任します。		
	対象者確認申請者(委任者) 氏名: _____		
	住所		
	氏名	電話番号	
代理人	生年月日	明・大・昭 年 月 日	申請者との関係

2 予防接種対象者確認書を必要とする予防接種等の種類

※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください	<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌予防接種	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種
--------------------------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------------

3 予防接種対象者該当区分

※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください	<input type="checkbox"/> 心臓、腎臓又は呼吸器の機能障害	<input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害
--------------------------------------------------------	------------------------------------------	-----------------------------------------------

①申請に際しては、本人確認書類及び個人番号が確認できる書類を提示してください。

②代理人が申請書を提出する場合は、代理人の本人確認書類を提示してください。

また、上記の委任欄に必ず委任者氏名を記入してください。なお、委任者が自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び委任者との続柄を記載してください。

保健 予防 課 処理 欄	申請書受付方法	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 郵送	受付日	年 月 日	
	申請者等の マイナンバー確認	<input type="checkbox"/> 申請書記載済		<input type="checkbox"/> 個人番号カード/通知カード/住民票(No.有) ()		
	本人確認	<input type="checkbox"/> 本人申請	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 身分証明書(写真付)	<input type="checkbox"/> 公的証明書2点 (写真なし)	
		<input type="checkbox"/> 代理申請	<input type="checkbox"/> 代理人の 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 代理人の身分証明書 (写真付)	<input type="checkbox"/> 代理人の公的証明書 2点(写真なし)	
	代理権確認	法定	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本()	任意	<input type="checkbox"/> 委任欄()	
	通知書交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 郵送	交付日	年 月 日	
	成人用肺炎球菌 種別	<input type="checkbox"/> 法定接種用		<input type="checkbox"/> 任意接種用	交付者	