

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
新型コロナウイルス

予防接種を受けられる方へ

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、医療機関で、下記対象者であることが確認できる書類の提出が必要になります。

◆対象者

成人用肺炎球菌予防接種では、60歳以上かつ定期予防接種の対象外
高齢者インフルエンザ、新型コロナウイルス予防接種では、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辺の日常生活が極度に制限される程度の障がいを有する方
- 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を有する方

◆申請方法

対象者確認申請前に御確認ください

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、対象者であることが確認できれば、予防接種を公費助成(一部負担)で受けることができますので、以下の**対象者確認申請は必要ありません**。

○ 予防接種対象者確認書が必要な場合

高齢者インフルエンザ予防接種等対象者確認申請書に必要事項を記入の上、添付書類等と共に、感染症対策課の窓口を持参又は郵送してください。

申請書の受理後、感染症対策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。

※ 窓口を持参された場合は、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、窓口に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①申請者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①代理人の本人確認書類、②代理人の代理権を確認する書類が必要です。

①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

②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。)

※ 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勧めます。

◆医療機関等での手続き

医療機関で接種する際に、身体障害者手帳(1～4面)の写し又は「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

新型コロナワクチン接種は、2,100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

高松市感染症対策課 予防接種係 TEL(087)839-2870

年 月 日

(宛先)高松市長

高齢者インフルエンザ予防接種等対象者確認申請書

予防接種法第5条第1項の規定による高齢者インフルエンザ予防接種及び新型コロナワクチン接種又は成人用肺炎球菌予防接種の対象者であることの確認を受けたいので、高松市高齢者インフルエンザ予防接種等実施要綱第3条第2項、高松市成人用肺炎球菌予防接種実施要綱第3条第3項の規定により次のとおり申請します。

なお、申請に当たり、私の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 申請者

住所	高松市				
氏名			連絡先Tel	()	—
生年月日	年	月	日生		
委任欄	私は、次の代理人(受任者)に高齢者インフルエンザ予防接種及び新型コロナワクチン接種又は成人用肺炎球菌予防接種の対象者であることの確認の申請手続を委任します。				
	申請者(委任者) 氏名: _____				
	代理人	住所	連絡先Tel	()	—
	氏名	生年月日	年	月	日生
				申請者との関係	

2 確認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"/> 高齢者インフルエンザ予防接種 新型コロナワクチン接種	<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌予防接種
--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	--------------------------------------

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
--------------------------------------------------------	------------------------------------------	-----------------------------------------------

備考

- 申請に際しては、本人確認書類を提示してください。
- 代理人が申請書を提出する場合は、上記委任状に申請者が記名の上、代理人の本人確認書類を提示してください。ただし、法廷代理人が代理権を証明する書類を提示して申請書を提出する場合は委任状の記載を省略することができます。

感染症対策課処理欄	申請書受付方法	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 郵送	受付日	年	月	日	受付者
	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	確認者	