

令和3年度 岡山市高齢者肺炎球菌予防接種 助成券・無料券交付申請書

記入例(本人・世帯員)

令和 3 年 4 月 2 日

岡 山 市 長 様

※代理人の場合はこちらの代理人欄を記入するとともに、太枠内を被交付者本人として記入してください。
 なお、助成券・無料券の交付は郵送になります。

申請者(※代筆可)

住所	岡山市 北区 鹿田町1-1-1 世帯員による申請の場合	住所	
氏名	岡山市太郎 世帯員の氏名 (被交付者との関係: 本人 世帯員 成年後見人 委任状)	氏名	(申請者との関係)
電話番号	086 - 803 - 1262	電話番号	- -

次の被接種者の高齢者肺炎球菌予防接種(世帯の区分①)助成券・(世帯の区分②③)無料券の交付を申請します。
 つきましては、交付者が被接種者世帯の市民税課税状況、生活保護受給状況、中国残留邦人等支援給付状況
 身体障害者更生指導台帳及び住民基本台帳を確認することに同意します。
 (「代理人手続きの場合」申請者が同意していることを確認しているのを申告します。)
 また、接種時の年齢が満60歳以上満65歳未満の被接種者は、障害要件(※5)に該当する場合のみ申請します。

1 世帯(太枠の中の該当する項目に○印をし、必要事項を記入してください。)

区 分	<input checked="" type="radio"/> ①市民税非課税世帯	<input type="radio"/> ②生活保護世帯	<input type="radio"/> ③中国残留邦人等 支援給付受給世帯	照合結果	適 ・ 否
被交付者 世帯の住所	<input checked="" type="radio"/> 申請者欄の住所と同じ	※成年後見人・委任状による受任者による申請の場合は記入必要 岡山市 区			

2 被交付者(太枠の中を記入又は該当する項目に○印をしてください。)

フリガナ 被交付者 氏名	生年月日	23価肺炎球菌 ワクチン 接種歴	備 考	個別照合結果 交付番号
おかやま いちたろう 岡山市太郎	明治 大正 昭和 16年 5月 1日生	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 接種 有→対象外		適 ・ 否
	明治 大正 昭和 年 月 日生	無 ・ 接種 有→対象外		適 ・ 否

- ※1 申請は、住民票上の同一世帯の範囲内で行うことができます。
- ※2 申請は、被接種者、成年後見人又は住民票上の同一世帯員が行うことができ、各券の受領も同様です。
- ※3 申請者の委任状による受任者も、助成券を申請交付窓口で受領することができます。
- ※4 その他の者による代理人申請の場合は、各券の交付は被接種者の住民票の住所への郵送により行います。
- ※5 障害要件: 心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害で障害者手帳1級程度

(交付担当者チェックシート)

<input type="checkbox"/>	被交付者は、岡山市に住民登録があり、生年月日が以下のいずれかに該当するか。			
	65歳:S31. 4. 2~S32. 4. 1	80歳:S16. 4. 2~S17. 4. 1	95歳:T15. 4. 2~S2. 4. 1	
	70歳:S26. 4. 2~S27. 4. 1	85歳:S11. 4. 2~S12. 4. 1	100歳以上:T10. 4. 2~T11. 4. 1	
	75歳:S21. 4. 2~S22. 4. 1	90歳:S6. 4. 2~S7. 4. 1	-	-
<input type="checkbox"/>	被交付者は、令和3年度(4,5月申請分については令和2年度)の市民税が世帯員全員課税されていない世帯 又は生活保護世帯又は中国残留邦人等支援給付受給世帯に属しているか。			

照合年月日	交付担当者確認印
令和 年 月 日	

令和3年度 岡山市高齢者肺炎球菌予防接種 助成券・無料券交付申請書

記入例(代理人)

令和 3 年 4 月 2 日

岡 山 市 長 様

※代理人の場合はこちらの代理人欄を記入するとともに、太枠内を被交付者本人として記入してください。
 なお、助成券・無料券の交付は郵送になります。

申請者(※代筆可)

住 所	〒 岡山市 北 区 鹿田町1-1-1	住 所	岡山市 北 区 大供1-1-1
氏 名	岡 山 市 太 郎 (被交付者との関係: <input checked="" type="radio"/> 本人・世帯員・成年後見人・委任状)	氏 名	岡 山 市 之 介 (申請者との関係: 子)
電話番号	086 - 803 - 1262	電話番号	086 - 803 - 1000

次の被接種者の高齢者肺炎球菌予防接種(世帯の区分①)助成券・(世帯の区分②③)無料券の交付を申請します。
 つきましては、交付者が被接種者世帯の市民税課税状況、生活保護受給状況、中国残留邦人等支援給付状況
 身体障害者更生指導台帳及び住民基本台帳を確認することに同意します。
 (「代理人手続きの場合」申請者が同意していることを確認しているので申告します。)

また、接種時の年齢が満60歳以上満65歳未満の被接種者は、障害要件(※5)に該当する場合のみ申請します。

1 世帯(太枠の中該当する項目に○印をし、必要事項を記入してください。)

区 分	<input checked="" type="radio"/> ①市民税非課税世帯	<input type="radio"/> ②生活保護世帯	<input type="radio"/> ③中国残留邦人等 支援給付受給世帯	照合結果	適 ・ 否
被交付者 世帯の住所	<input checked="" type="radio"/> 申請者欄の住所と同じ	※成年後見人・委任状による受任者による申請の場合は記入必要 岡山市 区			

2 被交付者(太枠の中を記入又は該当する項目に○印をしてください。)

フリガナ 被交付者 氏 名	生年月日	23価肺炎球菌 ワクチン 接種歴	備 考	個別照合結果 交付番号
お か や ま い ち た ろ う 岡 山 市 太 郎	明治 大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 16年 5月 1日生	<input checked="" type="radio"/> 無 接種 有→対象外		適 ・ 否
	明治 大正 昭和 年 月 日生	無 ・ 接種 有→対象外		適 ・ 否

- ※1 申請は、住民票上の同一世帯の範囲内で行うことができます。
- ※2 申請は、被接種者、成年後見人又は住民票上の同一世帯員が行うことができ、各券の受領も同様です。
- ※3 申請者の委任状による受任者も、助成券を申請交付窓口で受領することができます。
- ※4 その他の者による代理人申請の場合は、各券の交付は被接種者の住民票の住所への郵送により行います。
- ※5 障害要件: 心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害で障害者手帳1級程度

(交付担当者チェックシート)

<input type="checkbox"/>	被交付者は、岡山市に住民登録があり、生年月日が以下のいずれかに該当するか。			
	65歳:S31. 4. 2~S32. 4. 1	80歳:S16. 4. 2~S17. 4. 1	95歳:T15. 4. 2~S2. 4. 1	
	70歳:S26. 4. 2~S27. 4. 1	85歳:S11. 4. 2~S12. 4. 1	100歳以上:T10. 4. 2~T11. 4. 1	
	75歳:S21. 4. 2~S22. 4. 1	90歳:S6. 4. 2~S7. 4. 1	-	-
<input type="checkbox"/>	被交付者は、令和3年度(4,5月申請分については令和2年度)の市民税が世帯員全員課税されていない世帯 又は生活保護世帯又は中国残留邦人等支援給付受給世帯に属しているか。			

照合年月日		交付担当者確認印
令和	年 月 日	

令和3年度 岡山市高齢者肺炎球菌予防接種 助成券・無料券交付申請書

記入例(委任状・成年後見人)

令和 3 年 4 月 2 日

岡 山 市 長 様

※代理人の場合はこちらの代理人欄を記入するとともに、太枠内を被交付者本人として記入してください。
 なお、助成券・無料券の交付は郵送になります。

申請者(※代筆可)

住所	〒 岡山市 北 区 大供1-1-1	住所	
氏名	岡山市之介 (被交付者との関係: 本人・世帯員・成年後見人(委任状))	氏名	(申請者との関係)
電話番号	086 - 803 - 1000	電話番号	- -

次の被接種者の高齢者肺炎球菌予防接種(世帯の区分①)助成券・(世帯の区分②③)無料券の交付を申請します。
 つきましては、交付者が被接種者世帯の市民税課税状況、生活保護受給状況、中国残留邦人等支援給付状況
 身体障害者更生指導台帳及び住民基本台帳を確認することに同意します。
 (「代理人手続きの場合」申請者が同意していることを確認しているのを申告します。)
 また、接種時の年齢が満60歳以上満65歳未満の被接種者は、障害要件(※5)に該当する場合のみ申請します。

1 世帯(太枠の中の該当する項目に○印をし、必要事項を記入してください。)

区 分	<input checked="" type="radio"/> ①市民税非課税世帯	<input type="radio"/> ②生活保護世帯	<input type="radio"/> ③中国残留邦人等 支援給付受給世帯	照合結果	適 ・ 否
被交付者 世帯の住所	・ 申請者欄の住所と同じ		※成年後見人・委任状による受任者による申請の場合は記入必要 岡山市北 区 鹿田町1-1-1		

2 被交付者(太枠の中を記入又は該当する項目に○印をしてください。)

フリガナ 被交付者 氏名	生年月日	23価肺炎球菌 ワクチン 接種歴	備 考	個別照合結果 交付番号
おかやま いたろう 岡山市太郎	明治 大正 昭和 16年 5月 1日生	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 接種 有→対象外		適 ・ 否
	明治 大正 昭和 年 月 日生	無 ・ 接種 有→対象外		適 ・ 否

- ※1 申請は、住民票上の同一世帯の範囲内で行うことができます。
- ※2 申請は、被接種者、成年後見人又は住民票上の同一世帯員が行うことができ、各券の受領も同様です。
- ※3 申請者の委任状による受任者も、助成券を申請交付窓口で受領することができます。
- ※4 その他の者による代理人申請の場合は、各券の交付は被接種者の住民票の住所への郵送により行います。
- ※5 障害要件: 心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害で障害者手帳1級程度

(交付担当者チェックシート)

<input type="checkbox"/>	被交付者は、岡山市に住民登録があり、生年月日が以下のいずれかに該当するか。		
	65歳:S31. 4. 2~S32. 4. 1	80歳:S16. 4. 2~S17. 4. 1	95歳:T15. 4. 2~S2. 4. 1
	70歳:S26. 4. 2~S27. 4. 1	85歳:S11. 4. 2~S12. 4. 1	100歳以上:T10. 4. 2~T11. 4. 1
	75歳:S21. 4. 2~S22. 4. 1	90歳:S6. 4. 2~S7. 4. 1	-
<input type="checkbox"/>	被交付者は、令和3年度(4,5月申請分については令和2年度)の市民税が世帯員全員課税されていない世帯 又は生活保護世帯又は中国残留邦人等支援給付受給世帯に属しているか。		

照合年月日	交付担当者確認印
令和 年 月 日	