

予診票／助成券の記入上のご注意

【高齢者インフルエンザ予診票】

2枚目

【接種者記入欄】  
「生年月日」欄は「満 65 歳以上」または「満 60 歳から満 64 歳の一部の内部障害者」のいずれかにチェックがついているか確認してください

高 ※ 住	フリガナ	生年 月	明・大・昭 年 月 日(満 歳)	男・女
氏名			<input type="checkbox"/> 満65歳以上 <input type="checkbox"/> 満60歳から満64歳の一部の内部障害者	
接種日	令和 . .	実施場所(施設の場合 は施設名)	<input type="checkbox"/> 右記医療機関	医療機関名 接種医名
自己負担の有無	<input type="checkbox"/> なし(無料) <input type="checkbox"/> 自己負担あり(1,500円)			
無料確認書類 いずれかに	<input type="checkbox"/> 無料対象確認証(インフルエンザ用:ピンク色)※請求時原本添付 <input type="checkbox"/> 当該年度肺炎球菌無料ハガキ <input type="checkbox"/> 介護保険料のお知らせ(納入通知書)※保険料段階1~3のもの <input type="checkbox"/> 生活保護適用証明書または生活保護法医療券 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 神戸市発行の公害医療手帳 <input type="checkbox"/> (中国残留邦人等)本人確認証または証明書			

【医療機関記入欄太枠内】

「自己負担の有無」は「なし(無料)」または「自己負担あり(1,500 円)のいずれかをチェック☑してください。無料対象者の場合は「無料確認書類」に必ずチェック☑してください。

【小児助成券】

小児(満1歳~12歳)インフルエンザ予防接種助成券兼請求券  
(多子世帯のみ使用可:2回目) 神戸市助成額:2,000円

注意事項

- ・太枠内をきれいに記入してください。
- ・多子世帯とは、接種日時時点で同一世帯に18歳未満の児童が2人以上いる世帯をさします。接種日には、きょうだいの氏名・生年月日が確認できる書類(母子健康手帳または健康保険証など)を実施医療機関に提示してください。同一世帯に18歳未満のきょうだいが3人以上いる場合は、本人以外の1名を記入してください。
- ・この助成券は、助成対象期間内(ポスターなどでご確認ください)の2回目の接種に使用できます。
- ・接種にあたり医療機関で設定している料金のうち、2,000円を神戸市が助成します。
- ・この助成券兼請求券の提出をもって、医療機関に対する助成金代理請求及び受領を承諾したものとみなします。

対象者確認 上記の助成対象となる多子世帯に該当しますか? はい・いいえ

住居登録の 神戸市 区

きょうだいは氏名(姓名)を記載してください。生年月日を記入してください。

生年月日を記入してください。

性別	男・女	きょうだい氏名	フリガナ	生年月日	平成 令和 (満 歳 か月)
		きょうだい氏名		生年月日	平成 令和 (満 歳 か月)
接種日	令和 . .	医療機関	※医療機関コード記入不要		
		接種医			