

高齢者インフルエンザ定期予防接種 無料対象の証明となる様式

申請前にご確認ください

次のいずれかの書類がお手元にある場合、「無料対象確認証」は不要です。

- ・ 介護保険料のお知らせ(納入通知書)
(令和4年度発行の介護保険料第1～3段階の方。再発行不可。)
- ・ 肺炎球菌予防接種無料対象はがき(令和4年度分)
- ・ 生活保護適用証明書または生活保護法医療券
- ・ 介護保険負担限度額認定証
- ・ 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証
(※「国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」は証明書類にはなりません)
- ・ 神戸市発行の公害医療手帳
- ・ 中国残留邦人等支援給付対象者本人確認証または支援給付適用証明書

次の方は
申請不要です



接種が無料
になる方

- ①、②、③もしくは①、②、④に該当する方
- ① 接種日現在、神戸市に住民登録がある
 - ② 市民税非課税世帯
 - ③ 満65歳以上
 - ④ 満60歳から64歳のうち、心臓・腎臓・呼吸器の機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する方(身体障害者手帳1級を有する方および1級相当の障害を有する方)。
※該当されるかどうかはかかりつけ医にご相談ください。

証明様式(見本)

介護保険料のお知らせ(納入通知書)

介護保険料のお知らせ(納入通知書)です

お問い合わせのときは、まずこの番号をお知らせください。
証書番号

様

令和 年 月 日 神戸市

1 お知らせ

見本

2 期別保険料額 あなたの保険料は 円 詳しくは 期別保険料の計算 及び 頁をご覧ください。

年金からの引取りとなる場合(特別徴収) ※徴収停止の取り扱いがあります

期別 4月 6月 8月 10月 12月 2月

肺炎球菌予防接種無料対象はがき(令和4年度分)

料金後納郵便 重要

見本

令和4年度高齢者肺炎球菌のご案内
定期予防接種接種券

(発行元)
神戸市保健所保健課
〒650-8570 神戸市中央区加藤町6-5-1

接種料金
このはがきを持参した場合 無料

注意

※今年までに肺炎球菌予防接種2回(肺炎球菌ワクチン【高年齢・ニューモバックスNP】1回+肺炎球菌結合たんぱく質不活化ワクチン【高齢者の接種を含む】)から成ります。また、接種したことがある方は全額自己負担(有料)です。

※このはがきを持っていても、接種日時点で住民登録がない場合は発行できません。

接種期間 令和4年4月1日～令和5年3月31日

対象者 ①及び②のいずれにも該当する方で、③または④に該当する方

- ① 接種日時点で神戸市に住民登録がある
- ② 2回(肺炎球菌ワクチン【高年齢・ニューモバックスNP】)を初めて接種する
- ③ 令和4年4月2日～令和5年4月1日に、65・70・75・80・85・90・95・100歳の誕生日を迎える方(誕生日の前でも接種可)
- ④ 60～64歳で、心臓・腎臓・呼吸器の機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害(身体障害者手帳1級相当)を有する人(60歳の誕生日の前日から接種可)

お願い! 大切に保管ください。

このはがき及び「介護保険料のお知らせ(納入通知書)」は、インフルエンザ予防接種(10月～11月)にも利用して接種できる対象者の証明となります

09番までご確認ください

介護保険負担限度額認定証

介護保険負担限度額認定証

番号

住所

フリガナ氏名

生年月日 [性別]

通年開日

有効期限

食費の負担限度額 (介護予防)短期入居生活(療養)介護 その他サービス ユニット型個室

居住費又は滞在費の負担限度額 ユニット型個室的多居室 従来型個室(特養等) 従来型個室(老健・療養等) 多居室

保険者番号並びに保険者の名称及び印

見本 神戸市

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

有効期限

交付年月日

被保険者番号

住所

氏名

生年月日

発効期日

適用区分

長期入院 該当年月日

保険者印

保険者番号並びに保険者の名称及び印

兵庫県後期高齢者医療広域連合

見本

高齢者インフルエンザ定期予防接種 無料対象確認証の申請方法

申請方法

- ①～③のいずれかの方法で申請できます。
- 下記「添付書類が必要な方」に該当する場合は必ず③郵送にて申請してください。

① インターネットで申請する方法

右記バーコードまたは下記URLから申請してください

<https://lgpos.task-asp.net/cu/281000/ea/residents/procedures/apply/35f53db7-2fd0-414d-8b1a-8ee60aabe00b/start>



② 電話で申請する方法

行政事務センター 電話番号: **078-777-4349**

平日8:45～17:30※土・日・祝日・年末年始(12/29～1/3)は除く

③ 郵送で申請する方法

申請書をダウンロードして印刷し、以下の「送付先」へ郵送してください。




※申請書がプリントアウトできない場合、自由様式に申込書の内容を漏れなく記入してください。その際は、確認証交付事由について神戸市が市民税課税台帳や住民基本台帳等により確認することに同意したものとみなします。



申請期間

令和4年9月1日～令和5年1月15日(必着)

申請に添付書類が必要な方

	必要な書類	ダウンロード先
「接種が無料になる方」④に該当し、かつ身体障害者手帳(1級)をお持ちでない方	「障害の程度にかかる意見書」のコピー (医療機関発行)	様式に指定はありません
令和4年1月1日現在、神戸市以外(国内)に住民登録があった方	非課税世帯であることがわかるものの写し (世帯全員の課税証明書等) 上記書類がない場合(※1) ・非課税世帯申出書兼同意書(様式③) ・本人確認書類 ・マイナンバー確認書類 ・(代理人が提出する場合) 情報照会委任状(様式③-2)	 (様式③)  (様式③-2)
令和4年1月1日現在、神戸市以外(国外)に住民登録があった方	申立書(様式④)	

送付先

〒650-8526 神戸市中央区伊藤町111 神戸商工中金ビル4階
神戸市行政事務センター「予防接種無料対象確認証担当」行
(※1)の場合の申請先: 〒650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1
神戸市保健所保健課「予防接種担当」行

交付に要する期間

9月中旬以降順次発送します。申請書受理後、約2週間かかります。原則、住民登録住所に送付します。

お問い合わせ先

神戸市総合コールセンター 年中無休8:00～21:00 **0570-083330**または078-333-3330
FAX 078-333-3314

① 詳しくは、ホームページでご確認できます。

神戸市 インフルエンザ 予防接種