

**【重要】**当該年度の「介護保険料のお知らせ（納入通知書）〔保険料段階第1・2・3に限る〕及び接種日時点で有効な「生活保護適用証明書」「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」標準負担額認定証」等の証明書類を接種する医療機関に直接提示していただくと無料で接種できますので、この**申請は不要**です。なお、神戸市外の医療機関では無料対象確認証は使用できない場合があります。

## 高齢者インフルエンザ予防接種無料対象確認証 交付申請書

神戸市長あて

私は、高齢者インフルエンザ予防接種無料対象者であることを申し出ますので、神戸市において確認証交付事由（生活保護世帯・市民税非課税世帯）を市民税の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ます。

同意する       同意しない      ※同意されない場合は交付できません。  
 ※いずれかにしてください。がない場合は同意したものとみなします。

※課税状況が確認できない場合には、無料対象確認証を交付できませんので、ご了承ください。

申請日	令和      年      月      日	
ふりがな 本人氏名 (接種希望者)	生 年 月 日	大・昭      年      月      日(満      歳)
	介護保険被保険者証      被保険者番号(10桁) ※介護保険被保険者番号が不明でも申請はできますが、 審査に時間を要します。	
住民登録住所	〒      - 神戸市      区 電話番号 (      )      -	
代理申請 (本人以外の方が 申請する場合)	代理申請者:本人との関係(      ) 【住所】〒      - 【氏名】 電話番号(      )      -	
送付先 (本人の住民登録 住所以外に送付 を希望する場合)	原則、住民登録住所に送付します。 別の送付先をご希望の場合は以下のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> し、必要事項をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 代理人住所に送付 <input type="checkbox"/> その他(以下に住所を記入してください) 【住所】〒      -	

※ 審査 欄	発行	不可事由	審査	不備	不備解消	印刷	納品
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 年齢非該当 <input type="checkbox"/> 他(      ) <input type="checkbox"/> 非課税・生保非該当 <input type="checkbox"/> □住登外			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		