

令和4年度 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

次の方は 申請不要です	・ 次の①～⑥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。 ・ 神戸市外の医療機関で接種する場合、無料対象確認証を使用できないことがありますので、事前にご確認ください。 ① 介護保険料のお知らせ（納入通知書） （接種する年度発行の介護保険料第1～3段階の方。再発行不可。） ② 生活保護適用証明書または生活保護法医療券 ③ 介護保険負担限度額認定証 ④ 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 ⑤ 神戸市発行の公害医療手帳 ⑥ 中国残留邦人等支援給付対象者 本人確認証（支援給付適用証明書も可）					
記入に関する 注意点	・ 太枠内もれなくご記入ください。 ・ 「同意の有無」欄に記入がない場合は同意したものとして取扱います（同意がされない場合は交付できません）。 ・ 課税状況が確認できない場合は交付できません。 ・ 原則、交付希望者の住民登録の住所に送付します。送付先の変更を希望される場合は、「（送付先を変更する場合）送付先住所」をもれなく記載ください。送付先住所が記載がない場合は、交付希望者の住民登録の住所に送付します。 ・ 申請者も交付を希望される場合は、交付希望者氏名欄にも記入してください。					
申請日	令和 年 月 日	申請者	<input type="checkbox"/> 接種者と同じ （本人）		<input type="checkbox"/> 本人以外 （代理人）	
（代理人申請の場合） 氏名・続柄	氏名	（代理人申請の場合） 住所・電話番号	住所 〒 -			
	続柄		電話			
接種者	（ふりがな）	生年月日	明治	年	月	日
			大正	年	月	日
			昭和	（満 歳）		
同意の有無	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない →同意されない場合は交付できません。					
住民登録の 住所	〒 - 神戸市 区					
電話番号	_____					
（任意）介護保険被保険者証 被保険者番号(10桁)						
（送付先を変更する場合） 送付先住所	<input type="checkbox"/> 代理人住所					
	<input type="checkbox"/> その他(以下に住所を記入してください)					
	〒 -					

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。

<神戸市確認欄>

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"/> 年齢非該当 <input type="checkbox"/> 住登外		<input type="checkbox"/> 有			
<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 非課税・生保非該当 <input type="checkbox"/> 他()		<input type="checkbox"/> 無			