

高齢者定期予防接種「無料対象確認証」の郵送申請

無料対象確認証の発行対象者

接種日時時点で**生活保護世帯**または**市民税非課税世帯**であり、以下の①～③のいずれかに該当する方

- ① 65歳以上
- ② 年度内に65歳を迎える方または翌月65歳になる方
- ③ ①②以外:60～64歳で心臓・腎臓・呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害のある方(いずれも身体障害者手帳1級所持または同程度以上の方)

無料対象確認証の有効期限について

申請日によって、以下の通り無料対象確認証の有効期限が異なります。接種するワクチンによって、接種年齢と使用できる期間が異なりますのでご注意ください。

- 2026年5月12日までの申請
⇒2026年5月31日まで有効な無料対象確認証が発行されます。
- 2026年5月13日以降の申請
⇒2027年5月31日まで有効な無料対象確認証が発行されます。(※6月5日頃から発行開始)

無料対象確認証を使用することのできる予防接種(詳細は二次元コードをご覧ください)

● 肺炎球菌ワクチン

【対象者】

※ 原則、過去に肺炎球菌ワクチンの接種をした方は対象外

- ① 65歳の方
- ② 60歳から64歳で心臓、腎臓、呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害のある方(いずれも身体障害者手帳1級所持または同程度の方)



(肺炎球菌)

● 带状疱疹ワクチン

【対象者】

※ 原則、過去に带状疱疹ワクチンの接種を完了した方は対象外

- ① 2026年度に65・70・75・80・85・90・95・100歳になる方
- ② 60歳から64歳でヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害のある方(身体障害者手帳1級所持または同程度以上の方)



(带状疱疹)

● インフルエンザ・新型コロナワクチン(接種期間は毎年10月～1月)

【対象者】

- ① 65歳以上
- ② 60歳から64歳のうち、心臓・腎臓・呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害のある方(いずれも身体障害者手帳1級所持または同程度以上の方)



(インフルエンザ)



(コロナワクチン)

申請前にご確認ください

次のいずれかの書類をお持ちの場合、医療機関への提示で無料で接種できます。

無料対象確認証の申請は不要です。

(生活保護世帯の証明となるもの)

- 生活保護適用証明書
- 生活保護法医療券

(市民税非課税世帯の証明となるもの)

- 介護保険料のお知らせ(介護保険料段階1～3段階のもの)(再発行不可)
- 介護保険負担限度額認定証
- 後期高齢者医療資格確認書(限度区分:区Ⅰまたは区Ⅱと併記されたもの)

(その他証明書類となるもの)

- 神戸市発行の公害医療手帳(带状疱疹ワクチンは除く)
- 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



(証明書類一覧)




申請方法

申請書を下記送付先へ郵送

※ 下記送付先・区役所では窓口の受付はできません。

※ 書類の発行には、申請書の受理後、2週間程度かかります。郵送の時間も考慮いただき、余裕をもって申請してください。

申請に添付書類が必要な方

	必要な書類	ダウンロード先
神戸市以外で所得を申告している方 または 1月1日時点で* 、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) ※電話申請の場合、別途郵送 上記書類がない場合(※1) 郵送申請のみ <ul style="list-style-type: none"> 高齢者予防接種非課税世帯申出書兼同意書 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)委任状 	 非課税世帯申出書兼同意書  委任状
1月1日時点で* 、神戸市以外(国外)に住民登録があった方	申立書 ※ 電話申請の場合、別途郵送	 申立書
申請者が代理人、かつ、送付先が接種を受ける方の住民登録住所以外の場合 ※郵送・電子申請のみ	<ul style="list-style-type: none"> 代理人の本人確認書類(氏名・生年月日・住所がわかる書類) (施設・医療機関職員の場合)施設・医療機関で勤務していることがわかる書類 ※ 電話申請の場合は、接種を受ける方の住民登録住所以外に送付できません	

* 2026年5月12日までの申請:2025年1月1日時点
 * 2026年5月13日以降の申請:2026年1月1日時点

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の場合の送付先】 〒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

お問い合わせ先

シニア予防接種コールセンター
 TEL 078-777-4349 FAX 078-291-5953
 受付時間:平日8:45~17:30

神戸市 高齢者定期接種 無料対象確認証交付申請書

申請日 年 月 日

神戸市長あて

私は、高齢者定期接種の無料対象者であることを申し出ますので、無料対象確認証の交付を申請します。この申請をもって、神戸市において確認証交付事由(生活保護世帯・市民非課税世帯)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。

申請者		<input type="checkbox"/> 接種を受ける方 <input type="checkbox"/> 代理人	
誓約 *申請者が代理人の場合は必ず☑		<input type="checkbox"/> 申請について委任を受けましたが、次のことについて相違ないことを誓約します。 ・この申請は、接種を受ける方(委任者)本人の意思に基づく申請であること。 ・私は、接種を受ける方の意思に基づかずに正当な権限なく代理申請を行った場合は、法律等により罰せられる場合があることを承知します。 ・この申請に関し、委任者との間に問題が生じた場合は、私が責任をもって解決します。	
接種を受ける方の情報	(フリガナ)氏名	生年月日	年 月 日
	住所登録住所	〒 - 神戸市 区 ※接種日時点で神戸市民の方のみ申請できます。	
	電話番号		
申請者が代理人の場合 代理人の情報	(フリガナ)氏名	接種を受ける方との続柄	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関・介護福祉関係職員
	住所		〒 -
	施設・医療機関・所属機関名	*施設・医療機関・介護福祉関係職員の申請の場合のみ記入	
	電話番号		
送付先 *住民票住所以外に送付希望の場合のみ☑		※原則、接種を受ける方の住民登録住所に送付します。 ただし、その他の住所を希望する場合、以下の該当欄にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 代理人の住所 <input type="checkbox"/> 接種を受ける方の居所 〒 - 宛名	
添付書類 *該当する場合のみ☑・添付		代理人が申請し、かつ、送付先が「接種を受ける方の住民登録上の住所」以外の場合、下記の書類の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> (家族の場合)本人確認書類(氏名、生年月日、住所がわかるもの) <input type="checkbox"/> (施設等の職員の場合)施設等の職員であることがわかる書類	

R8.4作成

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