第１号様式

捨印

浜松市成人予防接種に係る自己負担金免除申請書兼同意書

（あて先）浜松市長

申請日	年　　月　　日

私は、浜松市定期予防接種実施要綱第８条第１項の規定に基づき、次のとおり自己負担金の免除を申請します。

１　申請者

フリガナ 氏名（署名又は記名押印）		被接種者との関係	□本人（　　歳） （生年月日　　年　　月　　日） □その他（ 続柄　　）
住所	〒　　電話番号　　（　　） 浜松市　　区		
結果郵送先 （郵送申請の方）	□申請者住所 □その他［住所　〒 宛名］		

２　被接種者（申請者が被接種者本人の場合、氏名・住所・生年月日の記載は不要。）

浜松市が被接種者及び被接種者と同一世帯全員の住民税課税状況及び住民基本台帳を確認することに同意します。

フリガナ 氏名（署名又は記名押印）		生年月日	年　　月　　日 （　　歳）
住所 （住民票住所）	浜松市　　区 電話番号　　（　　）		
１月１日現在の住所	（住民税が浜松市以外で課税されている場合） 都道府県　　市区町村		
接種予定ワクチン等	□高齢者用肺炎球菌ワクチン（ワクチン名：プレベナー）		
	・既に市の助成を受けて接種している	はい	いいえ
	・接種予定日	年　　月　　日	
	□帯状疱疹ワクチン		
	・既に市の助成を受けて組換えワクチンを接種している	はい （１回目・２回目）	いいえ
	・既に市の助成を受けて生ワクチンを接種している	はい	いいえ
	・接種予定日	年　　月　　日	
	□インフルエンザワクチン		
	・今年度、既に市の助成を受けて接種している	はい	いいえ
	□新型コロナウイルスワクチン		
	・今年度、既に市の助成を受けて接種している	はい	いいえ

※申請者が被接種者本人でない場合、被接種者の意思確認のため、以下に記載が必要。

私（被接種者）は、申請者に「浜松市成人予防接種に係る自己負担金免除申請」における一切の権限を委任します。

年　　月　　日

被接種者氏名（署名又は記名押印）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（裏面へ続く）

3　住民税課税状況及び住民基本台帳の確認の同意を得た被接種者と同一世帯の者（被接種者を除く）

氏名	生年月日	1月1日現在の住所 （住民税が浜松市以外で課税されている場合）
	年　　月　　日	都道府県　　市区町村
	年　　月　　日	都道府県　　市区町村
	年　　月　　日	都道府県　　市区町村

＜必要書類＞

（1）窓口で申請する場合　申請書の氏名・住所・生年月日が確認できる書類（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞなど）

（2）接種券（60～64 歳の方及びインフルエンザまたは新型コロナウイルスのワクチン接種を希望する方は不要）

（3）住民税が浜松市以外で課税されている場合
浜松市が確認する課税年度について、該当者が住民税非課税であることを証明する書類

（4）成年後見人等が申請する場合　免除申請を行う権限が付与されていることがわかる書類（写し）

＜市処理欄＞

ワクチン	高齢者用肺炎球菌	帯状疱疹	インフルエンザ	新型コロナウイルス
判定	非課税 ／ 課税	非課税 ／ 課税	非課税 ／ 課税	非課税 ／ 課税
結果交付	年　　月　　日	年　　月　　日	年　　月　　日	年　　月　　日

【注意事項】

（１）申請先等について

この用紙を医療機関に持参しても無料接種できません。接種前に、お近くの健康づくりセンターの窓口、または郵送にて申請してください。

提出書類等	【窓口申請の場合】 □ 申請者の本人確認書類（マイナンバーカードなど）
	□ 自己負担金免除申請書兼同意書
	接種券（60～64 歳の方及びインフルエンザまたは新型コロナウイルスのワクチン接種を □ 希望する方は不要） 帯状疱疹ワクチン接種券については対象者に令和８年５月中旬に順次発送します。それまでの間に申請する場合は提出不要です。
	【被接種者又は同一世帯員の住民税が浜松市以外で課税されている場合】 □ 浜松市が確認する課税年度について、該当者の住民税が非課税であることを証明する書類 ※詳しくは（５）をご覧ください。
	【成年後見人・保佐人・補助人が申請する場合】 □ 免除申請を行う権限が付与されていることがわかる書類（写し）
申請	お近くの健康づくりセンター（予防接種担当あて）※裏面申請書送付先をご参照ください ※郵送申請の場合、結果の発行までに２週間程度かかる場合があります。

（２）令和８年度接種対象者

①高齢者用肺炎球菌

・接種日当日６５歳の方

・接種日当日６０歳以上かつ心臓・呼吸器・免疫機能に身体障害者手帳 1 級相当の障がいがある方

・上記に関わらず、以下の方を除きます。

＊既に公費助成を受けて接種したことがある方

＊既にニューモバックスを自費で接種済みの者で、接種後１年を経過していない方

②帯状疱疹（定期接種）

・年度内に６５歳を迎える方

・接種日当日６０歳以上６４歳以下でヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に身体障がい者手帳１級相当の障がいがある方

・年度内に７０、７５、８０、８５、９０、９５、１００歳となる方

・上記に関わらず、以下の方を除きます。

＊令和６・７年度において浜松市の帯状疱疹ワクチン任意予防接種の助成を受けた方（ただし、令和６・７年度に組換えワクチンの１回目を費用助成により接種した方が定期予防接種対象期間内に２回目の接種を受ける場合は、２回目の接種については、定期予防接種とする。）

②インフルエンザ

・接種日当日６５歳以上の方

・接種日当日６０歳以上かつ心臓・呼吸器・免疫機能に身体障害者手帳 1 級相当の障がい

（裏面へ続く）

がある方

③新型コロナウイルス

・接種日当日６５歳以上の方

・接種日当日６０歳以上かつ心臓・呼吸器・免疫機能に身体障害者手帳 1 級相当の障がいがある方

※助成は、いずれも期間内に１回限りです。（帯状疱疹ワクチンを接種する場合の組換えワクチンを除く）

（３）課税状況の確認の同意について

・無料接種券は、住民税非課税世帯の場合に交付します。同一世帯にひとりでも住民税課税者がいる場合には交付できません。

・必ず、**同一世帯員に浜松市が住民税課税状況等を確認することについて同意を得てから申請してください**。

（４）成年後見人・保佐人・補助人（成年後見人等）が申請する場合について

成年後見人等が申請する場合、免除申請を行う権限が付与されていることがわかる書類（写し）を添付してください。

（５）住民税課税状況の確認について

・被接種者又は同一世帯員の令和８年１月１日現在（接種日によっては、令和７年１月１日現在）の住民登録地が浜松市**以外**の場合、浜松市が確認する課税年度について、住民税が非課税であることを証明する書類を添付してください。

・同一世帯員全員分が必要ですが、配偶者控除若しくは配偶者特別控除の対象となっていることが提出した書類により確認できる場合や高校生以下の場合は省略することができます。

・提出していただく書類は、①・②のうち、いずれかとなります。

①市区町村が発行する住民税課税状況がわかる証明書

②介護保険料の納入通知書や特別徴収通知書など（「非課税」と記載があるもの又は所得段階が記載されているもの）

＜問い合わせ・申請書送付先＞

担当窓口		住所	電話番号
中央健康づくりセンター	中央区役所内	〒430-8652 浜松市中央区元城町 103-2	053-457-2891
	東行政センター内	〒435-8686 浜松市中央区流通元町 20-3	053-424-0125
	西行政センター内	〒431-0193 浜松市中央区雄踏一丁目 31-1	053-597-1120
	南行政センター内	〒430-0898 浜松市中央区江之島町 600-1	053-425-1590
浜名健康づくりセンター	浜名区役所内	〒434-8550 浜松市浜名区貴布祢 3000	053-585-1171
	細江健康センター内	〒431-1395 浜松市浜名区細江町気賀 305	053-523-3121
天竜健康づくりセンター	天竜保健福祉センター内	〒431-3392 浜松市天竜区二俣町二俣 530-18	053-925-3142
感染症対策課		〒432-8550 浜松市中央区鴨江二丁目 11-2	053-453-6108