

(施設等とりまとめ用)

浜松市成人予防接種に係る自己負担金免除申請書

(あて先) 浜松市長

申請日	令和 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、別添のとおり委任を受けた
_____人について、当該自己負担金の免除を申請するとともに、無料接種券の交付を申請しま
す。

申 請 者	施設等住所 (結果送付先)	
	施設等名称	
	代表者名 (署名又は記名押印)	
	担当者名	
	電話番号	

<※市処理欄>

判定	非課税	人
	課税	人
	計	人
結果交付	令和 年 月 日	

捨印

委任状及び同意書
(浜松市成人予防接種に係る自己負担金免除申請)

私は、浜松市成人予防接種に係る自己負担金免除申請のうち、自己負担金の免除申請及び無料接種券の受領について1及び2のとおり委任します。

また、本件申請に関して、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。

記入日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

1 受任者

施設等住所	
施設等名称	
代表者名	

2 委任者(被接種者)

フリガナ		生年 月日	明治・大正・昭和	
氏名 (署名又は記名 押印)			年	月 日 (歳)
住所	浜松市 電話番号 ()			
1月1日現在の 住所	(住民税が浜松市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:ニューモバックス)			
	・接種予定日の5年以内に接種している		はい	いいえ
	・既に2回以上接種している		はい	いいえ
	・接種予定日	年 月 日		
	☐ 带状疱疹ワクチン			
	・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

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 (住民税が浜松市外で課税されている場合)
	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	都道 市区 府県 町村
	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	都道 市区 府県 町村
	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	都道 市区 府県 町村

【注意事項】

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、お近の健康づくりセンターまたは健康増進課あて申請してください。

提出書類等	☐ 自己負担金免除申請書（委任状及び同意書を添付）
	☐ 【窓口申請する場合】 窓口に来た方が施設等職員であることを証明するもの（職員証等）
	接種券（60～64歳の方は不要） ☐ 带状疱疹ワクチン接種券については対象者に令和7年6月下旬から順次発送します。それまでの間に申請する場合は提出不用です。
	【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、該当者が住民税非課税であることを証明する書類 ※詳しくは市ホームページをご覧ください。
申請先	健康づくりセンターまたは健康増進課 ※窓口申請の場合でも、被接種者の人数によっては、即日交付ができない場合があります。 ※郵送申請の場合、結果の送付までに2週間程度かかります。

※「浜松市成人予防接種に係る自己負担金免除申請書」の「代表者名」は、代表者自身が署名する場合のみ押印不要です。