

高齢者予防接種自己負担免除の手続きについて

(肺炎球菌・带状疱疹・インフルエンザ・新型コロナウイルス)

次の方は接種を受ける際に下記の証明書のいずれか1つ（写しでも可）を医療機関に提示することで自己負担が免除されます。なお、接種後に掲示した場合は免除が受けられない場合がありますので事前にご準備ください。

今年度の市県民税が非課税世帯に属する方

- ①後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証(令和7年7月31日まで。以降は廃止となります)
- ②介護保険負担限度額認定証(有効期限内のもの)

⇒①②をお持ちでない方は
市役所1階税務課窓口で
市県民税非課税証明書
を取得してください

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

令和7年7月31日まで

被保険者番号

住所

氏名

生年月日

発効期日

適用区分

長期入院該当年月日

保険者番号並びに保険者の名称及び印

大分県後期高齢者医療広域連合

介護保険負担限度額認定証

交付年月日

番号

住所

フリガナ

氏名

生年月日

性別

適用年月日

有効期限

食費の負担限度額

ユニット型個室

ユニット型準個室

従来型個室(特等)

従来型個室(老健・療養等)

多床室

保険者番号並びに保険者の名称及び印

大分県日田市 大分県日田市田島2丁目6番1号

令和 年度市県民税非課税証明申請書

日田市 様

申請者(同一世帯人) 住所 日田市 氏名

下記の世帯について、市県民税非課税世帯であることを証明をお願いします。

世帯員全員が非課税の場合のみ対象となります。

原則、医療機関には証明書の提出が必要ですが、下記欄に記載している医療者の予防接種を受ける場合などは、必要に応じてこの証明書のコピーが可能です。

世帯員

氏名

生年月日

世帯主

期・大・期・年 月 日

期・大・期・年 月 日

期・大・期・年 月 日

期・大・期・年 月 日

期・大・期・年 月 日

期・大・期・年 月 日

用途

高齢者インフルエンザ予防接種、新型コロナウイルス感染症予防接種、高齢者肺炎球菌予防接種の個人負担金に保費要件判定のため、※高齢者インフルエンザ予防接種と新型コロナウイルス感染症予防接種の対象者の接種期限は、10月1日から翌年の3月31日まで。

※介護保険負担限度額認定証もしくは後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証をお持ちの方は、そちらを医療機関にご提示いただくことで、本証明書の代用が可能です。

税務課 号

上記の世帯員は全て市県民税非課税であることを証明します。

令和 年 月 日 日田市税務課 野村 美智子 印

生活保護世帯に属する方

- ・診療依頼証(有効期限内のもの)

⇒診療依頼証をお持ちでない方は
市役所2階社会福祉課窓口で
生活保護受給証明書
を取得してください

様式第1号(1)

日田市生活保護(土・日曜、祝日、時間外)診療依頼証

交付番号

住所

氏名

公費負担者番号

福祉事務所名称の印

日田市田島2丁目6番1号

日田市福祉事務所長

交付年月日

有効期間

様式第1号(2)

対象者の氏名

生年月日

性別

世帯主との続柄

資格発生年月日

1

2

3

4

5

6

7

8

社会保険の有無

無

保険者番号・記号番号

0 0

見本

生活保護受給証明書(例)

下記の者は、生活保護法による公的扶助受給者であることを証明します。

1. 住所 日田市田島2丁目6番1号 日田市福祉事務所管内

2. 世帯主 日田 太郎 (印)

3. 開始年月日 平成21年6月2日

4. 保護の種類 ☐生活 ☐療養 ☐労務 ☐労務 ☐労務 ☐労務

世帯員氏名 住所 生年月日 世帯主 日田 太郎 世帯主 昭和15年1月1日 開始 平成21年6月2日

証明書を提出する施設(診療依頼書提出のため)

号

上記のとおり記載されています。

令和 年 月 日 日田市福祉事務所長 日田 太郎 印