

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(写しても可)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後期高齢者医療資格確認書(限度区分に区Ⅰ・区Ⅱ)と記載があるもの(有効期限内のもの)

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 | 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

後期高齢者医療資格確認書 有効期限 令和 8 年 7 月 3 1 日

被保険者番号 ○○○○○○○○ **見本**

氏名 ○○ ○○

生年月日 昭和○○年○○月○○日 性別 ○

資格取得年月日 令和○○年○○月○○日

交付年月日 令和○○年○○月○○日

負担割合 ○割

免状別記 令和○○年○○月○○日

限度区分 第○期別 令和○○年○○月○○日 ←区Ⅰ・区Ⅱ

長期入院該当日 令和○○年○○月○○日

特定疾病区分・有効期日

保険者番号 ○○○○○○○○

保険者名 大分県後期高齢者医療広域連合 **印**

住所 ○○市○○町○○丁目○番○号

備考

※ 以下の欄に記入することにより、証書提供に関する意思表示をすることが出来ます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、認定後及び心臓が停止した死後いざいでも、移植の為に臓器を提供します。
2. 私は、心臓が停止した死後で既に、移植の為に臓器を提供します。
3. 私は、臓器を提供しません。

(※ 又は○を囲み方で、提供したくない臓器があれば、×をついてください。)

(特記欄: 【心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・眼珠】)

書立年月日: 年 月 日

本人署名(自筆): _____ 委託署名(自筆)

介護保険負担限度額認定証

交付年月日

番号

被住所

フリガナ

氏名

生年月日 性別

適用年月日 から

有効期限 まで

食費の負担限度額 円

居住費又は滞在費の負担限度額

ユニット型個室 円

ユニット型準個室 円

従来型個室(特養等) 円

従来型個室(老健・療養等) 円

多床室 円

保険者番号 並びに保険者の名称及び印

4 4 2 0 4 6

大分県日田市 大分県日田市田島2丁目6番1号 **印**

令和 年度市県民税非課税証明申請書

日田市 令和 年 月 日

申請者(同一世帯内) 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。

※世帯員全員が申請対象の場合のみ対象となります。

※原則、医療機関には証明書原本の提出が必要ですが、下記欄頭に記載している医療機関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をコピーが可能です。

続柄	氏名	生年月日
世帯主	明・大・昭・平	年 月 日
	明・大・昭・平	年 月 日
	明・大・昭・平	年 月 日
	明・大・昭・平	年 月 日
	明・大・昭・平	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に係る世帯要件判定のため、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間は、10月1日から翌年の3月31日です。

※全世帯員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持参いただくことで、本証明書の代用が可能です。

税務課 印

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 日田市健康保険課長 野野 賢子 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 | 階福祉支援課窓口 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

世帯主 氏名

公費負担者番号

福祉事務所事務名称の印

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)

生活保護受給証明書(例)

対象者の氏名	生年月日	性別	世帯主の続柄	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

証明書印: 日田市福祉事務所長 印

上記のとおり記載ありません。

令和 年 月 日 日田市福祉事務所長 野野 賢子 印

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 教育 介護 医療 その他

世帯員氏名	続柄	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

証明書印: 日田市福祉事務所長 印

上記のとおり記載ありません。

令和 年 月 日 日田市福祉事務所長 野野 賢子 印