令和７年度

**帯状疱疹予防接種券・費用減免申請書**

年　　月　　日

熊野町長　様

私は、上記費用の減額・免除を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、本申請により、町民税の課税状況又は生活保護の受給状況について、関係機関等に確認されることに同意いたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種を希望する人 | 住所 | 〒731-  安芸郡熊野町 | | | |
| ふりがな |  | | 電話番号 |  |
| 氏名 |  | |
| 生年  月日 | 年　　　月　　　日（満　　　　歳） | | □ 接種対象年齢にあてはまっている | |
| 接種医療機関（予定） | |  | | |
| 接種予定のワクチン | | 生ワクチン（ビケン）　・　組換えワクチン（シングリックス） | | |
| 今までに帯状疱疹予防接種を受けたことはないですか。 | | | | ない　・　ある |

【委任状】　※**本人以外**の方が申請する場合に記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 手続きに  来られた人 | □ 家　　族（続　柄：　　　　　　　　）  □ 施設職員（施設名：　　　　　　　　）  □ そ の 他（続　柄：　　　　　　　　） | 氏　　名 |  |
| 電話番号 |  |
| 委任欄 | 帯状疱疹予防接種の減免申請に関する手続きを上記の人に委任します。  ※同一世帯員以外の代理人が申請する場合は記入が必要です。  　被接種者署名 | | |

**【帯状疱疹予防接種の対象者】**

●対象者

　⑴ 年度内に**65、70、75、80、85、90、95、100歳※**を迎える方

　　 ※100歳以上の方は令和7年度に限り全員対象

⑵ **満60歳～64歳**で、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害があり日常生活がほとんど不可能な方

＜事務処理欄＞

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 帯状疱疹接種歴 | 有・無 | 発行日  　　　／　　／ | | 発送日  　　　／　　／ | 対応者 | 減免可否 |
| １．生活保護 | 生活保護受給者証　□確認 | | | | | 減免　・　否 |
| ２．町民税非課税世帯 | 町民税課税状況（健康管理システム）　□確認 | | | | | 減免　・　否 |
| 発行ＩＤ | ビケン | | 019500\_ \_ \_ \_ \_ | | | |
| シングリックス | | 1回目：019510\_ \_ \_ \_ \_　　／　　２回目：019510\_ \_ \_ \_ \_ | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人確認書類 | 運転免許証・マイナンバーカード・在留カード・旅券 |
| 健康保険証・生活保護受給者証・年金手帳・身障手帳 |

※本人及び同一世帯員が請求する場合は上記から１点を、同一世帯員以外の代理人が

請求する場合には、上記から被接種者及び代理人の本人確認書類をそれぞれ１点ずつ確認する。