

インフルエンザ/新型コロナウイルス感染症 予防接種費用免除申請書

令和 年 月 日

池田市長 様

池田市予防接種事業実施要綱に基づき、下記のとおり予防接種費用免除証明書の交付を申請します。

なお、この申請に伴い、住民情報、申請者及び世帯全員の市民税課税状況、生活保護受給状況、または中国残留邦人等支援給付受給状況等について、池田市が閲覧もしくは関係部署等に確認することについて同意します。

申 請 者 氏 名

生 年 月 日 明治・大正・昭和 年 月 日生（ 歳）

住 所 池田市

電 話 番 号

予 防 接 種 の 種 類 ☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス感染症

接 種 医 療 機 関

同年1月1日時点の住所地 （ ） 同年1月1日時点で住所地が市外の場合のみ記入

※マイナンバーを利用して申請者及び世帯全員の市民税課税状況を
上記自治体へ照会することに（ ☐ 同意する・☐ 同意しない）

来年度以降の自動送付 ☐ 接種時に65歳以上で池田市内に住民票登録地がある方のみ記入☐ 次の※に同意し免除証明書の自動送付を希望する ・ ☐ 自動送付を希望しない

※手続きに必要な住民情報、申請者及び世帯全員の市民税課税状況、生活保護受給状況又は中国
残留邦人等支援給付受給状況等について、来年度以降も閲覧もしくは関係部署等に確認します。

【自動送付】

自動送付とは、インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症の予防接種費用免除証明書について、来年度以降の申請を不要とし、申請者の住民票登録地（池田市内）の住所に自動送付します。
※60歳以上64歳以下の方については、添付書類の確認が必要なため自動送付はできません。
※住民票登録地以外の住所への自動送付はできません。

※申請手続きを代理人に委任する場合は、下記委任状の記入をお願いします。

委 任 状

私は下記の者を代理人と定め、上記の予防接種費用の免除申請に係る権限を委任します。

代理人氏名

本人との続柄（ ）

代理人住所

代理人電話番号

免 除

市記入欄

申請者	☐ 個人番号確認	☐ マイナンバーカード ☐ 通知カード ☐ 住民票 ☐ 住基端末にて確認（申請者/代理人の了承あり）
	☐ 本人確認(1点)	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証/経歴証 ☐ パスポート ☐ 身体/精神障害者手帳 ☐ 写真付住基カード ☐ 在留カード
	☐ 本人確認(2点)	☐ 資格確認書 ☐ 介護保険証 ☐ 医療受給者証 ☐ 年金手帳 ☐ その他（
代理人	☐ 本人確認(1点)	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証/経歴証 ☐ パスポート ☐ 身体/精神障害者手帳 ☐ 写真付住基カード ☐ 在留カード
	☐ 本人確認(2点)	☐ 資格確認書 ☐ 介護保険証 ☐ 医療受給者証 ☐ 年金手帳 ☐ その他（
確認項目	☐ 氏名・住所・生年月日の確認 ☐ 接種時に 65 歳以上か（60～64 歳の場合、身体障害者手帳 1 級相当か確認） ☐ 非課税世帯・生活保護世帯・中国残留邦人等支援給付受給者の確認 ☐ 免除証発行のログ入力（免除番号も） ☐ 同意欄の説明 ☐ 箕面市で接種予定の方は予診票を渡す ☐ 同意欄のログ入力 ※60～64 歳は入力不要	

決 裁	課 長	係 員

免除区分	調査日	発行者	発行方法	確認者
☐ 生活保護世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 中国残留邦人等（証明）	/	㊟	☒ 手交 ☐ 郵送	㊟

費用免除