

北九医発第537号

令和7年6月19日

各 医 師 会 長 殿

北九州市医師会

会長 穴 井 堅 能

(公 印 省 略)

带状疱疹予防接種予診票の個別送付について（お知らせ）

標記の件につきまして、市保健福祉局より別紙のとおり通知がありましたので、貴会予防接種実施医療機関への周知方宜しくお願い致します。

北九保健危第467号
令和7年6月9日

公益社団法人 北九州市医師会
会長 穴井 堅能 様

北九州市保健福祉局長 武藤 朋美

带状疱疹予防接種予診票の個別送付について（お知らせ）

平素から本市の保健福祉行政におきましては、格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。
さて、標記について、令和7年度の带状疱疹の予防接種の対象者に、下記のとおり、予診票及び接種勧奨のお知らせを送付します。
つきましては、貴会会員の予防接種実施医療機関に周知していただきますよう、お願いいたします。

記

1 送付対象者：令和7年度、下記の年齢になる方

年齢	生年月日
65歳	昭和35年4月2日生～昭和36年4月1日生
70歳	昭和30年4月2日生～昭和31年4月1日生
75歳	昭和25年4月2日生～昭和26年4月1日生
80歳	昭和20年4月2日生～昭和21年4月1日生
85歳	昭和15年4月2日生～昭和16年4月1日生
90歳	昭和10年4月2日生～昭和11年4月1日生
95歳	昭和5年4月2日生～昭和6年4月1日生
100歳	大正14年4月2日生～大正15年4月1日生
100歳以上	大正14年4月1日以前生

2 送付物

- (1) 带状疱疹ワクチン接種予診票
- (2) 带状疱疹の予防接種のご案内
- (3) 带状疱疹予防接種の予防接種について
- (4) 減免確認申請書（65歳以上用、64歳未満用）

3 送付予定
7月上旬

【問い合わせ先】

北九州市 保健福祉局 健康危機管理課 ワクチン接種担当係
担当：遠藤、上野
〒803-8501 北九州市小倉北区城内1-1
TEL：093-582-2090

带状疱疹予防接種予診票（1回目）

下の太枠内のすべての項目について、油性ボールペン（摩擦熱で消せるペン等は使用不可）であてはまるところに記入するか、○印で囲んでください。

☐ 60歳以上65歳未満の者であって、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害を有する者（身体障害者手帳1級程度）。該当者は手帳の写しを添付すること。		診察前の体温 度 分 再 検 度 分	
整 理 番 号 （ふりがな）	性 別	☐ ビケン（1回接種のみ） ☐ シングリックス（2回接種が必要）	
受ける人の氏名		電話 — —	
生 年 月 日 大正・昭和 年 月 日（満 歳）	住 所		
質 問 事 項		回 答 欄	医師記入欄
これまでに带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか		いいえ はい	← 医療機関は2回目の予診票に実施場所を記載のうえ被接種者に渡してください。
前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください （注1）ワクチンの種類は①シングリックス（組換えワクチン）、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」（生ワクチン）、③その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください		① / ② / ③ 年 月 日	
この予診票に添付している「带状疱疹の予防接種について」を読みましたか		はい いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか 病名（ ）		いいえ はい	
治療（投薬など）を受けていますか		いいえ はい	
その病気のかかりつけ医には、今日の予防接種を受けて良いといわれましたか		はい いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか		いいえ はい	
今日、体の具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状をかいてください（ ）		いいえ はい	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか 病名（ ）		いいえ はい	
最近4週間以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名（ ）		いいえ はい	
最近4週間以内に家族や身近な方に、インフルエンザ、麻しん（はしか）、水痘（みずぼうそう）、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名（ ）		いいえ はい	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか		いいえ はい	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（ 歳ごろ）		いいえ はい	
そのとき熱はでましたか		いいえ はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。※生ワクチン同士では27日以上の間隔が必要 予防接種の種類（ ）		いいえ はい	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか		いいえ はい	
今日の予防接種について質問がありますか（ ）		いいえ はい	
記 医 入 師 欄 欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（ 実施できる ・ 見合わせる ） 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済（接種期間が過ぎている場合も含む）について説明しました。		
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、接種を希望しますか。		（ 希望します ・ 希望しません ） どちらかを○で囲んでください	
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が北九州市に提出されることに同意します。		被接種者署名 代筆者署名 続柄（ ） ※自署できない者は代筆者が被接種者名を署名し、代筆者及び被接種者との続柄を併せて記載	
使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名	接種年月日
ワクチン名	シングリックス 筋肉内	実施場所	年 月 日
lot No.	0.5 ml	医師名	
請求区分	☐ 一般 ☐ 減免 ☐ 医療機関 ☐ 高齢者福祉施設	所属医療機関	

※請求区分は実施機関がチェックして下さい。

おもて をご覧ください。被接種者は記入しないでください。

■減免(自己負担免除)確認項目チェック欄

	確認項目	該当するものに○印を付けてください。	
1	当該年度 介護保険料納入通知書 (4月1日から6月30日までは前年度分の通知書で可)	保険料段階 1 ・ 2 ・ 3	
2	生活保護受給証明書※ (印鑑カード・医療券等を含む)		
3	「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律」に基づく本人確認証		
4	当該年度 市民税非課税世帯 (電話確認には下の同意欄へ署名が必要です)	区役所減免確認申請(本人)	確認の結果、減免非該当の場合は下欄に○印を付ける
		区役所減免確認申請(施設)	
		区役所電話確認	
5	介護保険負担限度額認定証		
6	介護保険特定負担限度額認定証		74歳以下で後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証※を確認した場合は、右欄に○印を付ける
7	後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証※ (75歳以上の方)		

※は、オンライン資格確認等システムによる確認でも可

確認年月日 年 月 日

減免確認機関名(区役所で施設入所者の減免確認を行った場合は施設名を記載)



◆◆◆ 医療機関から区役所へ減免(自己負担免除)または接種履歴の確認連絡が必要な方のみこの欄をご記入ください ◆◆◆

带状疱疹予防接種確認同意書
(65歳以上の方)

北九州市長 様

私は带状疱疹予防接種を受けるにあたり、以下の個人情報について医療機関職員が区役所に連絡し、区役所職員が調査することを同意します。

(該当する項目に☑を入れてください。)

- ☐ 減免確認要件(生活保護受給者・世帯全員が市民税非課税)を目的とした課税状況の調査
- ☐ 带状疱疹予防接種履歴の調査

同意者(接種対象者)

署名

代筆者氏名

続柄()

※自署できない者は代筆者が被接種者名を署名し、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を併せて記載

※上記同意をしても、65歳になったばかりの方、最近市外から転入した方など接種者により、減免確認できない場合があります。その際は、各区役所窓口にお問い合わせください。

※区役所で接種履歴なしと回答した場合でも、3ヶ月以内の接種等、後から接種履歴が判明することがあります。その際は、接種費用を全額自己負担していただきますので、ご了承ください。

この予診票は2回目の接種の際に必ず持参してください。

北九州市

带状疱疹予防接種予診票(2回目)シングリックス専用

令和7年度

下の太枠内のすべての項目について、油性ボールペン(摩擦熱で消せるペン等は使用不可)であてはまるところに記入するか、○印で囲んでください。

☐ 60歳以上65歳未満の者であって、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害を有する者(身体障害者手帳1級程度)。該当者は手帳の写しを添付すること。		診察前の体温 度 分 再 検 度 分	
整理番号	1回目接種場所		
(ふりがな)	性別		
受ける人の氏名			
生年月日	大正・昭和 年 月 日(満 歳)	電話	- -
住 所			
質 問 事 項		回 答 欄	医師記入欄
これまでに带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか		いいえ はい	
前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください (注1) ワクチンの種類は①シングリックス(組換えワクチン)、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」(生ワクチン)、③その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください		① / ② / ③ 年 月 日	
この予診票に添付している「带状疱疹の予防接種について」を読みましたか		はい いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか 病名()		いいえ はい	
治療(投薬など)を受けていますか		いいえ はい	
その病気のかかりつけ医には、今日の予防接種を受けて良いといわれましたか		はい いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか		いいえ はい	
今日、体の具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状をかいてください()		いいえ はい	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか 病名()		いいえ はい	
最近4週間以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名()		いいえ はい	
最近4週間以内に家族や身近な方に、インフルエンザ、麻疹(はしか)、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()		いいえ はい	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか		いいえ はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳ごろ)		いいえ はい	
そのとき熱はでましたか		いいえ はい	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか		いいえ はい	
今日の予防接種について質問がありますか ()		いいえ はい	
記入欄 医師	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる ・ 見合わせる) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済(接種期間が過ぎている場合も含む)について説明しました。		
	医師署名または記名押印 _____		
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、接種を希望しますか。		(希望します ・ 希望しません) <u>どちらかを○で囲んでください</u>	
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が北九州市に提出されることに同意します。		被接種者署名 _____ 代筆者署名 続柄() ※自署できない者は代筆者が被接種者名を署名し、代筆者及び被接種者との続柄を併せて記載	
使用ワクチン名		接種量	実施場所・医師名
ワクチン名		シングリックス 筋肉内	実施場所
lot No.		0.5 ml	医師名
請求区分	☐ 一般 ☐ 減免 ☐ 医療機関 ☐ 高齢者福祉施設		所属医療機関

← 1回目を接種した医療機関が記載してください。

おもて をご覧ください。被接種者は記入しないでください。

■減免(自己負担免除)確認項目チェック欄

	確認項目		該当するものに○印を付けてください。	
1	当該年度 介護保険料納入通知書 (4月1日から6月30日までは前年度分の通知書で可)		保険料段階 1 ・ 2 ・ 3	
2	生活保護受給証明書※ (印鑑カード・医療券等を含む)			
3	「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律」に基づく本人確認証			
4	当該年度 市民税非課税世帯 (電話確認には下の同意欄へ署名が必要です)	区役所減免確認申請(本人)	確認の結果、減免非該当の場合は下欄に○印を付ける	
		区役所減免確認申請(施設)		
		区役所電話確認		
5	介護保険負担限度額認定証			
6	介護保険特定負担限度額認定証		74歳以下で後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証※を確認した場合は、右欄に○印を付ける	
7	後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証※ (75歳以上の方)			

※は、オンライン資格確認等システムによる確認でも可

確認年月日 年 月 日

減免確認機関名(区役所で施設入所者の減免確認を行った場合は施設名を記載)

◆◆◆ 医療機関から区役所へ減免(自己負担免除)または接種履歴の確認連絡が必要な方のみこの欄をご記入ください ◆◆◆

带状疱疹予防接種確認同意書
(65歳以上の方)

北九州市長 様

私は带状疱疹予防接種を受けるにあたり、以下の個人情報について医療機関職員が区役所に連絡し、区役所職員が調査することを同意します。

(該当する項目に☑を入れてください。)

- ☐ 減免確認要件(生活保護受給者・世帯全員が市民税非課税)を目的とした課税状況の調査
- ☐ 带状疱疹予防接種履歴の調査

同意者(接種対象者)

署名

代筆者氏名

続柄()

※自署できない者は代筆者が被接種者名を署名し、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を併せて記載

※上記同意をしても、65歳になったばかりの方、最近市外から転入した方など接種者により、減免確認できない場合があります。その際は、各区役所窓口にお問い合わせください。

※区役所で接種履歴なしと回答した場合でも、3ヶ月以内の接種等、後から接種履歴が判明することがあります。その際は、接種費用を全額自己負担していただきますので、ご了承ください。

带状疱疹予防接種のご案内

※このご案内は、今年度の対象者の方へのみお送りしております。

接種対象者

北九州市内に住民登録がある方で、以下に該当する方

1. 年度内に65歳を迎える方

※令和7年度から5年間の経過措置として、その年度に70, 75, 80, 85, 90, 95, 100歳になる方も対象となります。

※令和7年度に限り、101歳以上の方は全員対象となります。

2. 60から64歳で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害があり、日常生活がほとんど不可能な方（身体障害者手帳1級程度）

接種期間

令和7年4月1日～令和8年3月31日

※組み換えワクチン（シングリックス）は、2か月以上間隔をあけて2回接種する必要があります。

3月31日までに、2回目の予防接種が終了する必要がありますので、ご希望の方は早めの接種をご検討ください。

※お誕生日より前でも、接種期間内であれば接種可能です。3月ごろは接種の予約が込み合う恐れがありますので、なるべく早めの接種をご検討ください。

接種費用

生ワクチン（ビケン） 阪大微研製	組み換えワクチン（シングリックス） GSK社製
4,600円	11,000円/回（2回接種で22,000円）

※今年度の接種対象者で（1）生活保護受給者（2）世帯全員が市民税非課税の方のいずれかに該当する方は無料です。減免手続きについては裏面「減免手続きについて」をご参照ください。

※公費で接種対象期間以外に自費で接種した費用についての返金はありません。

接種方法

※公費接種はおひとりさま一度限り（組み換えワクチンは2回1セットが対象）です。

	生ワクチン（ビケン） 阪大微研製	組み換えワクチン（シングリックス） GSK社製
接種方法	皮下に1回接種	筋肉内に2回接種（2か月以上の間隔をあける）
接種条件	病気や治療によって、免疫の低下している方は接種できません	免疫の状態にかかわらず接種可能

接種場所

市内予防接種実施医療機関

※接種を希望される医療機関（内科等）に、予防接種を実施しているか事前に確認してください。

※市のホームページに実施医療機関を掲載しています。

带状疱疹予防接種の減免手続きについて

■ 接種費用減免対象者、減免手続き方法

<減免対象者> (1) 生活保護受給者 (2) 世帯全員が市民税非課税の方、いずれかに該当する方

減免手続き方法

- (1) 「年度介護保険料納入通知書（保険料段階が1～3段階のもの）」を医療機関の窓口へ提示する。
- (2) 「マイナンバーカード」もしくは「生活保護受給証明書」の交付を受け、医療機関へ提示する。
※各区役所保護課で交付を受けてください。
※生活保護を受けていることが医療機関で確認できる場合は不要
- (3) 各区役所保健福祉課で減免確認を受け、医療機関へ提出する。
※本人確認資料（運転免許証、住民基本台帳カード、健康保険証など）と印鑑（本人自署の場合は不要）と予診票（緑色）を持参してください。

- 1 65歳の誕生日の翌月に満たない等、(1)の「年度介護保険料納入通知書」が未到着の場合は、(3)で手続きをしてください。
- 2 (3)で減免確認を受ける方は減免確認申請書を記入する必要があります。世帯全員（18歳未満を除く）の記名が必要な場合がありますので、ご注意ください。
(区役所にも減免確認申請書はあります)

年度介護保険料納入通知書（見本）

接種を受ける際は、かかりつけ医や接種医療機関の医師にあらかじめ相談しましょう。

*** お問い合わせ先 ***

門司区役所	健康相談コーナー	331-1888	八幡東区役所	健康相談コーナー	671-6881
小倉北区役所	健康相談コーナー	582-3440	八幡西区役所	健康相談コーナー	642-1444
小倉南区役所	健康相談コーナー	951-4125	戸畑区役所	健康相談コーナー	871-2331
若松区役所	健康相談コーナー	761-5327	保健福祉局健康危機管理課		582-2090

带状疱疹の予防接種について

1 带状疱疹の症状について

带状疱疹は、過去に水痘にかかった時に体の中に潜伏した 水痘带状疱疹ウイルスが再活性化することにより、神経支配領域に沿って、典型的には体の左右どちらかに帯状に、時に痛みを伴う水疱が出現する病気です。合併症の一つに皮膚の症状が治った後にも痛みが残る「带状疱疹後神経痛」があり、日常生活に支障をきたすこともあります。

带状疱疹は、70 歳代で発症する方が最も多くなっています。

2 带状疱疹ワクチンについて

带状疱疹ワクチンには生ワクチン（阪大微研：乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」）、組換えワクチン（GSK 社：シングリックス）の 2 種類があり、接種回数や接種方法、接種スケジュール、接種条件、効果とその持続期間、副反応などの特徴が異なっていますが、いずれのワクチンも、带状疱疹やその合併症に対する予防効果が認められます。

		生ワクチン(ビケン)	組換えワクチン(シングリックス)
接種回数(接種方法)		1 回（皮下に接種）	2 回（筋肉内に接種）
接種スケジュール		—	通常、2 か月以上の間隔を置いて 2 回接種（6 か月後までに 2 回目の接種を行う。） ※病気や治療により免疫の機能が低下したまたは低下する可能性がある方等は、医師が早期の接種が必要と判断した場合、接種間隔を 1 か月まで短縮できます。
ワクチンの効果※	接種後 1 年時点	6 割程度の予防効果	9 割程度の予防効果
	接種後 5 年時点	4 割程度の予防効果	9 割程度の予防効果
	接種後 10 年時点	—	7 割程度の予防効果

※合併症の一つである、带状疱疹後神経痛に対するワクチンの効果は、接種後 3 年時点で、生ワクチンは 6 割程度、組換えワクチンは 9 割以上と報告されています。

3 予防接種後の副反応について

ワクチンを接種後に以下のような副反応がみられることがあります。また、頻度は不明ですが、生ワクチンについては、アナフィラキシー、血小板減少性紫斑病、無菌性髄膜炎が、組換えワクチンについては、ショック、アナフィラキシーがみられることがあります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種した医療機関へお問い合わせください。

主な副反応の発現割合	生ワクチン(ビケン)	組換えワクチン(シングリックス)
70% 以上	—	疼痛※
30% 以上	発赤※	発赤※ 筋肉痛、疲労
10% 以上	そう痒感※、熱感※ 腫脹※、疼痛※、硬結※	頭痛、腫脹※ 悪寒、発熱、胃腸症状
1% 以上	発疹、倦怠感	そう痒感※、倦怠感、その他の疼痛

※ワクチンを接種した部位の症状 各社の添付文書より厚労省にて作成

4 接種を受ける前の注意事項

【予防接種を受けることができない方（接種不適合者）】

- (1) 明らかに発熱（通常 37.5℃以上をいいます）がある方
- (2) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- (3) 今回の予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシー（ひどいアレルギー反応）を起こしたことがある方
- (4) (生ワクチンのみ) 病気や治療によって、免疫が低下している方

【予防接種を受ける際に、医師とよく相談しなくてはならない方】

- (1) 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの治療を受けている方
- (2) 予防接種で、接種後 2 日以内に発熱のみられた方及び発疹、じんましんなどアレルギーと思われる異常がみられた方
- (3) 過去にけいれん（ひきつけ）をおこしたことがある方
- (4) 過去に免疫不全の診断がなされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- (5) 今回の予防接種の接種液の成分に対してアレルギーがあるといわれたことがある方
- (6) (生ワクチンのみ) 3 か月以内に輸血やガンマグロブリンの注射を受けた方、6 か月以内に大量ガンマグロブリン療法を受けた方
- (7) (組換えワクチンのみ) 血小板減少症や凝固障害を有する方、抗凝固療法を実施されている方

（裏面へ）

5 予防接種後の一般的な注意事項

- (1) 予防接種を受けた後30分間は、急な副反応がおこることがありますので、医師とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
- (2) 接種後、生ワクチンでは4週間、組換えワクチンでは1週間は副反応の出現に注意しましょう。
- (3) 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、わざと接種部位をこすことはやめましょう。
- (4) 接種後は、はげしい運動はさけましょう。
- (5) 接種後、接種部位の異常な反応や体調変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

6 予防接種による健康被害の救済制度について

1 予防接種法に基づく予防接種による健康被害救済制度について

予防接種法に基づく予防接種（高齢者用肺炎球菌、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、带状疱疹など）により引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じたとき、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合には、法に基づく補償を受けることができます。健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

なお、予防接種法に定められた期間や間隔、回数を外れて接種した方は、予防接種法に基づかない接種（任意接種）として取り扱われます。

※給付申請の必要が生じた場合は、診察した医師又は各区役所保健福祉課健康相談コーナーへご相談ください。

2 予防接種法に基づかない接種（任意接種）による健康被害救済制度について

任意接種によって、重篤な副反応が発生し一定の被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）の医薬品副作用被害救済制度による補償を受けることになりますが、法令による接種と比べて、救済の対象や金額等が異なります。

※任意接種による健康被害救済の問い合わせ先

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口
〒100-0013 東京都千代田区霞が関 3-3-2 新霞が関ビル
電話番号：0120-149-931（フリーダイヤル）
受付時間：【月～金】9時～17時（祝日・年末年始を除く）
ホームページアドレス：<http://www.pmda.go.jp>

以上の注意をよく読んで、わからないことがあればかかりつけ医師又は各区役所保健福祉課健康相談コーナーへ相談しましょう。

【問い合わせ先】

門 司区役所健康相談コーナー	331-1888	八幡東区役所健康相談コーナー	671-6881
小倉北区役所健康相談コーナー	582-3440	八幡西区役所健康相談コーナー	642-1444
小倉南区役所健康相談コーナー	951-4125	戸 畑区役所健康相談コーナー	871-2331
若 松区役所健康相談コーナー	761-5327	保健福祉局 健康危機管理課	582-2090

区役所

年 月 日

予防接種 減免確認申請書 (64歳以下及び北九州市以外の介護保険被保険者等)

北九州市長様

私は、世帯全員が市民税非課税であるため、予防接種を受けるにあたり、自己負担額が減免となるよう減免確認を申請します。

また、この申請の該当要件確認のため、区役所職員が、私及び私の属する世帯員の課税状況について調査することに同意します。

申請者 (接種対象者)	氏 名	フリガナ (自署又は記名押印)	生 年 月 日 年 月 日	
	住 所	区	TEL	課税所得 の有無 有 ・ 無

☐ 課税状況を調査することについて、世帯員全員の同意を得ています。

世 帯 員 氏 名	生 年 月 日	課 税 所 得 の 有 無
	年 月 日	有 ・ 無
	年 月 日	有 ・ 無
	年 月 日	有 ・ 無
	年 月 日	有 ・ 無
	年 月 日	有 ・ 無
	年 月 日	有 ・ 無

※世帯員全員の記載が必要です。(18歳未満をのぞく)

接種対象者本人以外の方が申請する場合は、住所・氏名・接種対象者本人との続柄を記入してください。

(代理人)

住 所 _____

氏 名 (自署又は記名押印) _____ 続 柄 _____

※なお、代理人が、同一世帯の配偶者、親、子以外の場合は、裏面の委任状が必要です。(別途、委任状の添付でも可。)

*区役所確認処理欄

*確認結果
該当 ・ 非該当

上記申請に虚偽があった場合は、法律により罰せられる場合があります。

委任状

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

私は、上記の者を代理人と定め、定期予防接種減免確認申請に関することを委任します。

年 月 日

(委任者)

住 所 _____

連絡先電話番号 _____

氏 名 (自署又は記名押印) _____

区役所

年 月 日

高齢者用予防接種減免確認申請書 (個人：65歳以上の方)

北九州市長

私は、(生活保護受給者・世帯全員が市民税非課税)であるため、高齢者用予防接種を受けるにあたり、自己負担額が減免となるよう減免確認を申請します。

また、この申請の該当要件確認のため、区役所職員が、私の介護保険料段階について調査することに同意します。

予 診 票 交 付 申 請 者 (接種対象者)			
住 所	区		
フリガナ 氏 名	(自署又は記名押印)		
	TEL (- -)		
生年月日	年 月 日	性別	

接種対象者本人以外の方が申請する場合は、申請者の住所・氏名・接種対象者本人との続柄を記入してください。

(代理人) 住所 _____

氏名 (自署又は記名押印) _____

本人との続柄 _____

※なお、代理人が、同居の配偶者、親、子以外の場合は、裏面の委任状が必要です。
(別途、委任状の添付でも可。)

確認結果

該当・非該当

委 任 状

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

私は、上記の者を代理人と定め、高齢者用予防接種減免確認申請に関することを委任します。

年 月 日

(委任者：接種対象者)

住 所 _____

氏 名 (自署又は記名押印) _____

連絡先電話番号 _____