

函館市高齢者インフルエンザ予防接種事業実施要領

(趣旨)

第1条 市が実施する定期のインフルエンザの予防接種（以下「予防接種」という。）については、函館市高齢者インフルエンザ予防接種事業実施要綱（以下「要綱」という。）に定めるところによるほか、この要領によるものとする。

(実施期間)

第2条 予防接種の実施期間は、毎年度10月1日から12月31日までとする。

(被接種者の費用負担)

第3条 要綱第7条第1項に規定する一部負担金は1,500円とする。

(一部負担金免除世帯)

第4条 要綱第7条第2項に規定する市民税非課税世帯は、当該実施年度市民税非課税世帯とする。

(一部負担金の免除)

第5条 要綱第7条第3項に規定する書面は、当該実施年度介護保険料納入通知書（介護保険料更正通知書）もしくは介護保険料納入通知書兼特別徴収決定通知書（介護保険料更正通知書兼特別徴収中止通知書）のうち第1・第2・第3段階のいずれかの表記のあるもの、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証で有効期限内のもの、または高齢者インフルエンザ予防接種自己負担免除券（以下「免除券」という。）（様式1）とする。

(免除券の申請)

第6条 免除券の交付を受けようとするときは、高齢者インフルエンザ予防接種自己負担免除券交付申請書（様式2-1）および同意書（様式2-2）により、市長に申請しなければならない。

(免除券の交付)

第7条 市長は、前条の申請があったときは、その内容を審査し、免除券の交付が適当と判断した場合は、対象者に免除券を交付するものと

する。なお、対象外と判断した場合は、理由を付して審査結果（様式3）を申請者に通知するものとする。

附 則

この要領は、平成26年10月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年10月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年10月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和3年10月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和6年5月27日から施行する。

様式1(第5条関係)

交付番号	
高齢者インフルエンザ予防接種自己負担免除券	
住 所	函館市
ふりがな	
氏 名	男・女
生年月日	年 月 日 (歳)
<p>上記の者について、インフルエンザ予防接種において一部負担金の免除対象者であることを証します。</p> <p>については、医療機関においては、一部負担金を徴収できませんのでご注意ください。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">函館市長 印</p>	

函館市長様

年 月 日

同意書

私および私と同一世帯の者は、函館市が関係法令(※)に基づき、当該予防接種の自己負担金の免除手続きにあたり、市民税情報を取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

※ 予防接種法

※ 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律

同意者 接種希望者本人	接種希望者と続柄	本人	住所	函館市	町	丁目	番	号
	ふりがな				生年月日			
	氏名				明・大昭	年 月 日		
同意者	接種希望者と続柄		住所	<input type="checkbox"/> 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号
	ふりがな				生年月日			
	氏名				明・大昭・平	年 月 日		
同意者	接種希望者と続柄		住所	<input type="checkbox"/> 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号
	ふりがな				生年月日			
	氏名				明・大昭・平	年 月 日		
同意者	接種希望者と続柄		住所	<input type="checkbox"/> 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号
	ふりがな				生年月日			
	氏名				明・大昭・平	年 月 日		
同意者	接種希望者と続柄		住所	<input type="checkbox"/> 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号
	ふりがな				生年月日			
	氏名				明・大昭・平	年 月 日		
同意者	接種希望者と続柄		住所	<input type="checkbox"/> 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号
	ふりがな				生年月日			
	氏名				明・大昭・平	年 月 日		

(記載要領)

- 1 情報取得する同世帯の方の同意を要する。(世帯課税状況の確認)
- 2 同意者が自ら署名を行うこと。(押印省略可)
- 3 代理人が同意書に署名する場合は、同意者の押印を受けること。
- 4 被接種者と同居している場合、住所の記入は省略してもよい。
- 5 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載しても差し支えない。

函 保 予
年 月 日

様

函館市長

高齢者インフルエンザ予防接種自己負担免除券申請の審査結果について

年 月 日付けで申請のありました高齢者インフルエンザ予防接種自己負担免除券の
交付申請につきましては、次の理由により交付しないことと決定したので、通知します。

接種希望者氏名	
申請年月日	年 月 日

【理由】	
通知内容に関する お問い合わせ先	〒040-0001 函館市五稜郭町23-1 市立函館保健所 保健予防課 感染症・難病担当 TEL 0138-32-1547

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として(市長が被告の代表者となります。)、処分の取り消しの訴えを提起することができます(処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取り消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取り消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。