

## 函館市高齢者肺炎球菌感染症予防接種事業実施要領

(趣旨)

第1条 市が実施する定期の肺炎球菌感染症（高齢者がかかるものに限る。）の予防接種（以下「予防接種」という。）については、函館市高齢者肺炎球菌感染症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4月1日から3月31日までとする。

(長期療養者の接種機会の確保)

第3条 予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）第3条第2項に規定する長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等特別の事情により予防接種を受けることができなかつたと認められるものについては、当該特別の事情がなくなった日から起算して1年を経過する日までの間、当該定期接種の対象者とする。なお、当該特別の事情については、医師の診断書等により総合的に判断し、当該者に予防接種を行った場合は速やかに厚生労働省に報告するものとする。

(被接種者の費用負担)

第4条 要綱第7条第1項に規定する一部負担金は4千円とする。

(一部負担金免除世帯)

第5条 要綱第7条第2項に規定する市民税非課税世帯は、4月から7月においては当該実施年度または前年度、8月以降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6条 要綱第7条第3項に規定する書面は、4月から7月においては当該実施年度または前年度、8月以降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、または高齢者肺炎球菌感染症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7条 免除券の交付を受けようとするときは、高齢者肺炎球菌感染症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8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28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年8月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和3年8月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和6年4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6条関係)

交付番号			
高齢者肺炎球菌感染症予防接種自己負担免除券			
住所	函館市		
ふりがな		男・女	
氏名			
生年月日	年 月 日	( 歳)	
<p>上記の者について、肺炎球菌感染症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>◎本券の有効期限</p> <table border="1" style="margin: 0 auto;"><tr><td style="text-align: center; padding: 10px;">年 7 月 31 日</td></tr></table> <p>ただし、接種の期限は66歳の誕生日の前日までです。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">函館市長 印</p>			年 7 月 31 日
年 7 月 31 日			

## 高齢者肺炎球菌感染症予防接種自己負担免除券交付申請書

年 月 日

函 館 市 長 様

高齢者肺炎球菌感染症予防接種自己負担免除券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

接種希望者 (本人)	住 所	函館市 町 丁目 番 号(アパート名等)																								
	ふりがな				性別	生年月日(年齢)																				
	氏 名				男・女	大昭	年 月 日(歳)																			
	個人番号※	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																							電 話	
同意欄	<input type="checkbox"/> 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に基づき、同法第7条の個人番号(マイナンバー)を住民基本台帳から確認することに同意します。																									
	<input type="checkbox"/> この申請に係る私および私と同一の世帯に属する者の課税状況および生活保護の受給状況について、函館市の住民基本台帳および税務資料その他の公簿等により調査することに同意します。																									
申請者 (本人・本人以外) ※本人の場合は 記入不要	住 所	函館市 町 丁目 番 号																								
	氏 名																									
	接種希望者との関係(続柄)																									
	連絡先電話番号																									

(注意) 申請には、接種希望者の本人確認資料が必要です。

## 委 任 状

年 月 日

委任者 住所 函館市 町 丁目 番 号  
(接種希望者)  
氏名

私は、次の者を代理人として、高齢者肺炎球菌感染症予防接種自己負担免除券交付申請に係る権限を委任します。

代理人 住所 町 丁目 番 号  
(窓口に来る方)  
氏名 委任者(接種希望者)との関係

※ 窓口に来る方ご自身の本人確認書類の提示が必要です。

担当課確認欄	年 月 日		
確 認 者		発行	□可 □非

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							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							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							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							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							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							大・昭 平	年 月 日

(記載要領)

- 1 情報取得する同一世帯の方の同意を要する。(世帯員全員の課税状況を確認)
- 2 同意者が自ら署名を行うこと。
- 3 代理人(窓口に来る方)が代筆する場合は、代理人ご自身の本人確認資料が必要
- 4 接種希望者(本人)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

## 高齢者肺炎球菌感染症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肺炎球菌感染症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60日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60日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。