

# 令和7年度府中町高齢者インフル・新型コロナ予防接種 自己負担金免除申請書 兼 予診票等請求書

申請日 令和 年 月 日

府中町長宛て

申請者（医療機関・高齢者向け施設）

|       |                             |           |              |
|-------|-----------------------------|-----------|--------------|
| 法人名   | 社会福祉法人〇〇                    |           |              |
| 施設名   | 特別養護老人ホーム〇〇園                |           |              |
| 管理者氏名 | 府中 太郎 (印) ※署名又は記名押印         |           |              |
| 所在地   | 〒123-4567 広島県広島市〇〇区〇〇5丁目4-3 |           |              |
| 担当者氏名 | 府中 花子                       | 電話番号（担当者） | 123-456-7890 |

本施設は、施設利用者（入院患者・入所者など）のうち、高齢者インフルまたは新型コロナワクチンの接種を希望する者（以下、「接種希望者」という。）に代わって、自己負担金免除申請又は予診票等請求を行います。

本施設は、接種希望者から、この申請又は請求並びに書類の受け取りに関する権限の委任を受けています。また、このことについて、接種利用者の家族の同意を得ています。

## 1. 接種医について

- ① 貴施設は、広島県広域化予防接種事業（広島県医師会実施する、広島県内居住の人で住所地市町外の医療機関（広島県内）でも定期接種を受けることができる事業）に参加していますか。【はい・いいえ】
- ② 高齢者インフル・新型コロナ予防接種事業に関して、町と業務委託契約を結んでいますか。【はい・いいえ】
- ③ ①・②ともに「いいえ」の場合には、予防接種を実施する医師及び医師の所属する医療機関を記入してください。

|       |  |      |  |
|-------|--|------|--|
| 接種医氏名 |  | 医療機関 |  |
|-------|--|------|--|

## 2. 接種費用の自己負担金免除（0円）申請

自己負担金免除申請をする場合には、原則、申請者全員の非課税証明書類を添付してください。申請者が非課税希望者でない場合は、同意書兼申立書を記入し添付してください。

非課税証明書類を5人分添付してください。

- （1）非課税証明書類を添付する人数  
（2）同意書兼申立書を添付する人数
- 予防接種希望者のうち、自己負担金免除申請を希望する人が6名いるということになります。
- |   |   |
|---|---|
| 5 | 名 |
| 1 | 名 |

※ 非課税証明書類は次のいずれかの書類です。【最新の有効なものに限りします。】

- ① 生活保護世帯の人：被保護者証明書 ② 非課税世帯の人：裏面をご確認ください。

※自己負担金免除を申請した人には、インフルエンザとコロナの両方の予診票などをお送りします。不要なものはお手数ですが破棄してください。

## 3. 接種費用の自己負担金がある人の予診票・予防接種券の請求

- （1）高齢者インフル（自己負担金 1,500 円）  
（2）高齢者新型コロナ（自己負担金 11,800 円）

同意書兼申立書を1人分添付してください。

|   |   |
|---|---|
| 3 | 人 |
| 3 | 人 |

## 令和7年度

## 高齢者インフル・新型コロナ予防接種

非課税証明書類は、次の3点です。

1. 令和7年度納入通知書（介護保険料額決定通知書）＋本人確認書類  
所得段階区分：第1段階～第3段階
2. 後期高齢者医療資格確認書  
任意記載事項の適用区分：区分Ⅰ～区分Ⅱ
3. 介護保険負担限度額認定証  
食費の負担限度額 300円～1,360円  
(利用者負担段階 第1段階～第3段階2)

## 1 令和7年度納入通知書（介護保険料額決定通知書）

〒735-8686 広島県安芸郡府中町大通三丁目5番1号  
府中 太郎 様

令和7年度  
納入通知書（介護保険料額決定通知書）  
兼特別徴収開始通知書  
令和7年7月●日

府中町長 公印

この書類には生年月日の記載がないので、『本人確認書類』もあわせて写しをとってください。

被保険者氏名 府中 太郎 様  
被保険者番号  
決定理由

見本

3 ページ

【保険料算定の基礎】●のある月が賦課となる月です。

| 賦課となる月                     | 月数 | 所得段階区分 | 介護保険料(年額) | 備考 |
|----------------------------|----|--------|-----------|----|
| 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 | 12 | 第3段階   | 51,300円   |    |

『所得段階区分』が  
第1段階・第2段階・第3段階  
が非課税世帯の証明になります。

【不服の申立】  
この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県介護審査請求をすることができます。  
連絡先 住所 〒730-8511 広島県広島市中区基町10番52号 広島県健康福祉局医療介護保険課  
電話番号 082-513-3207

見本

## 2 後期高齢者医療資格確認書

後期高齢者医療資格確認書

有効期限 令和8年7月31日  
交付年月日 令和●●年●●月●●日

被保険者番号 ●●●●●●●●●●

住所 ○○市○○町○○丁目○○番○○号

氏名 広域 太郎 男

生年月日 昭和●●年●●月●●日

資格取得年月日 令和●●年●●月●●日

負担割合 ●割  
発効期日 令和●●年●●月●●日

適用区分 区分Ⅰ または 区分Ⅱ  
令和●●年●●月●●日

長期入院該当日 令和●●年●●月●●日

『適用区分』が区分Ⅰか区分Ⅱ  
のものが非課税世帯の証明になります。

広島県後期高齢者医療広域連合

## 3 介護保険負担限度額認定証

介護保険負担限度額認定証

交付年月日

番号 0000000000

被保険者  
住所 〒735-8686 広島県安芸郡府中町大通三丁目5番1号  
フリガナ  
氏名 府中 太郎  
生年月日 昭和00年00月00日 性別 男・女  
適用年月日 令和5年8月1日 から  
有効期限 令和6年7月31日 まで

食費の負担限度額 650 円

居住費又は滞在費の負担限度額  
ユニット型個室 1,310 円  
ユニット型個室の多床室 1,310 円  
従来型個室（特養等） 820 円  
1,310 円

『食費の負担限度額』が  
300円（第1段階）～1,360円（第3段階2）  
だと、非課税世帯の証明になります。

者の名称及び印

見本