

定期予防接種（B類疾病）免除対象者の確認方法

【生活保護世帯】

- ① 大分市が発行する**生活保護診療依頼証（P31）**を医療機関に提示

☆予診票の右上に診療依頼証の番号7桁(ケース番号+世帯員番号)を記入して大分市に提出

※大分市以外が発行した診療依頼証を提示された場合は、その写しを予診票に添付してください。

【市民税非課税世帯】

- ① 大分市が発行する確認書（**【定期予防接種名】無料接種対象者確認書（P32）**又は**市民税非課税世帯確認書（P33）**）を持参し、医療機関に提出（有効期限内のものを使用してください。）

☆確認書を予診票に添付して大分市に提出

- ② 大分市の令和5年度介護保険料決定通知書（P34）を医療機関へ提示（4月～6月まで）

大分市の令和6年度介護保険料決定通知書を医療機関へ提示（6月以降）

所得段階区分が第1～第3段階の方が免除対象者です。

所得段階区分が第4段階以上に該当する方は、免除の対象となりません。

- ・納付書の方…介護保険料決定通知書兼納付書綴りに記載
- ・年金天引きの方…介護保険料決定通知書兼特別徴収（本徴収）通知書に記載
- ・口座振替の方…介護保険料決定通知書兼口座振替通知書に記載

☆予診票の右上に介護保険料決定通知書の通知書番号10桁を記入して大分市に提出

- ③ 大分市が発行する**介護保険負担限度額認定証（P35）**を医療機関に提示

（有効期限内のものを使用してください。）

☆予診票の右上に被保険者欄の番号を記入して大分市に提出

- ④ 大分県後期高齢者広域連合が発行する**後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（P36）**を提示（コピーを予診票に添付してください。）

※75歳以上のため、高齢者肺炎球菌ワクチンは適用外

共通事項

☆ 予診票の右上に種別と番号を記載するか、又はその写しの添付をお願いします。

☆ 大分市以外が発行するものについては、予診票に番号等を記載されても確認ができませんので、その写しの添付をお願いします。

※本資料集に各種イメージ画像を掲載していますのでご確認ください。

生活保護診療依頼証(例)

予診票の右上に、この番号(7桁)を記入してください。

大分市生活保護 診療依頼証						ケース番号	世帯員	対象者の氏名	生年月日 資格発生日	性別	続柄		
世帯主	住所	見本				1	2	4	4	4	0	1	4
	氏名												
福祉事務所の 所在名称印		大分市荷揚町2番31号 大分市福祉事務所長											
交付年月日		令和 2年 1月 1日											
交付番号		担当者											
社会保険		記号番号											
資格 確認 欄	令和2年	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月								
	令和3年	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月								

【定期予防接種名】 無料接種対象者確認書

見本

高齢者肺炎球菌予防接種
無料接種対象者確認書

大分市保健予防課

【確認申請者】

氏名	大分 太郎
生年月日	1958年9月5日
住所	荷揚町6番1号 ホケンビル204号

上記申請者が、定期予防接種（B類）における無料接種対象に

該当する ことを確認しました。

※介護保険料の所得段階区分が **第1段階** であるため。

【接種を受けられる方へ】

- ・接種を受ける際は、この用紙のほかに、本人確認ができる書類
(運転免許証、健康保険証など)を持参してください。
- ・接種の際に、この用紙 **保健予防課の受付印を押印します。**
- ・受けられる予防接種は **確認書の有効期限は、受付日の翌月末とする予定です。(確認書内に記載)**
- ・この用紙の有効期限は **とします。**
(ただし、当該予防接種の実施期間内とします。)



【接種医療機関の方へ】

- ・運転免許証や健康保険証などで本人確認を行ってください。
- ・本用紙を被接種者から受領し、請求の際に予診票に添付して提出してください。
- ・不明な点があれば大分市保健所保健予防課 (☎097-535-7710) までご連絡ください。

令和6年度から上記様式の確認書を発行しますのでご対応をお願いいたします。

(詳細は変更する可能性があります。)

市民税非課税世帯確認書（例）

市民税非課税世帯確認書は、被接種者から受理し、
予診票に添付してください。

（市民税非課税世帯確認書） 所得・税額調査同意書


送付
大分市保健所
保健予防課（
年 月 日

大分市長 殿






下記申請にあたり、私および私の世帯員に対する所得・税額調査について同意いたします。

記


1. 予防接種法に基づく予防接種の負担金免除の申請

申請者	住 所	
	ふりがな 氏 名	見 本 
	生年月日	M・T・S 年 月 日

上記同意いたします。

世帯員 (同居の家族)	氏 名	申請者との続柄	生 年 月 日
			M・T・S・H 年 月 日
			M・T・S・H 年 月 日
			M・T・S・H 年 月 日
			M・T・S・H 年 月 日
			M・T・S・H 年 月 日

1. 高齢者肺炎球菌予防接種の負担金免除について
2. インフルエンザ予防接種の負担金免除について

上記申請者が、市民税非課税世帯に属することを確認しました。	
年 月 日	保健予防課管理担当班 
接 種 医 療 機 関	

※この確認の有効期限は、年 月 日です。
これを過ぎると無効となります。

☆確認事項

- ・被接種者及び世帯員の押印があるか。
- ・接種を希望している予防接種名に○があるか。
- ・大分市職員の確認印があるか。
- ・有効期限内のものか。

介護保険料決定通知書(例)

新年度の通知は毎年6月頃となりますので、
 4月から6月までの間は旧年度の通知書で確認できれば可としています。
 6月中は新・旧どちらの年度でも可、7月以降は新年度の通知書のみ可となります。

年度 介護保険料 決定通知書兼口座振替通知書 見 本

予診票の右上に、この番号を記入してください。



年度の介護保険料額が決定しましたので通知します。
 なお、保険料はあなたのお申し込みにより、下記のとおり預金口座から振替させていただきます。

通知書番号	[Redacted]		
被保険者氏名	[Redacted]		
生年月日	[Redacted]	性別	[Redacted]
住所	[Redacted]		

金融機関名	[Redacted]		
口座名義人	[Redacted]		
口座番号	[Redacted]	預金種別	[Redacted]

※口座情報保護のため、口座番号の一部を#で表示しています。

年間保険料額	[Redacted]	円
--------	------------	---

期別保険料額及び納期限

月	特別徴収	普通徴収	納期限(振替日)
4月	円		
5月			
6月	円	1期	円
7月		2期	円
8月	円	3期	円
9月		4期	円
10月	円	5期	円
11月		6期	円
12月	円	7期	円
1月		8期	円
2月	円	9期	円
3月		10期	円
合計	円		円

保険料の算出

保険料賦課期間	[Redacted]
本人の市民税課税状況	[Redacted]
世帯の市民税課税状況	[Redacted]
本人の合計所得金額	[Redacted] 円
所得段階区分	[Redacted]
①所得段階(年間保険料額)	[Redacted] 円
①に該当する期間及び月数	[Redacted]
②変更後所得段階(年間保険料額)	[Redacted] 円
②に該当する期間及び月数	[Redacted]

所得段階区分が第1、第2、第3段階の人が免除者となります。

上記見本は、介護保険料決定通知書兼口座振替依頼書です。

他に、

- ・介護保険料決定通知書兼特別徴収(本徴収)通知書
- ・介護保険料決定通知書兼納付書(綴り)
- ・介護保険料更正(決定)通知書

でも所得段階区分が記載されていますので、免除対象者の確認にご利用いただけます。

介護保険負担限度額認定証(例)


予診票の右上に、この番号を記入してください。

介護保険負担限度額認定証									
交付年月日		令和	年 月 日						
被 保 険 者	番 号								
	住 所								
	フリガナ								
	氏 名	見 本							
	生年月日		性 別						
	適用年月日								
	有効期限								
食費負担限度額		(円/日)							
居住費又は滞在 費の負担限度額	ユニット型個室	(円/日)							
	ユニット型 個室的多床室	(円/日)							
	従来型個室 (特養等)	(円/日)							
	従来型個室 (老健・療養等)	(円/日)							
	多 床 室	(円/日)							
保険者番号並びに 保険者名称及び印	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		4	4	2	0	1	2	
	4	4	2	0	1	2			
大分市荷揚町 2 番31号 大 分 市 電話 097(534)6111									

※介護保険負担限度額認定証とは、介護保険施設に入所・入院もしくはショートステイを利用している市民税非課税世帯もしくは生活保護世帯の人に
大分市長寿福祉課より発行しているものです。

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証(例)

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証により
 市民税非課税世帯の確認をした場合は、必ず予診票にその写
 しを添付してください。

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証		
交付年月日 年 月 日		
被保険者番号		
被 保 険 者	住 所	大分市 見 本
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
発 効 期 日	年 月 日	
有 効 期 限	年 月 日	
適 用 区 分		
長 期 入 院 該 当 年 月 日	保 険 者 印	
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 3 9 4 4 2 0 1 7 </div> 大分県後期高齢者医療広域連合 	

※後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証とは、
 市民税非課税世帯の被保険者の申請により、大分県後期高
 齢者医療広域連合が発行するものです。