

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（P30）または、大分市生活保護受給資格者証（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
または、予診票の右上に受給資格者証の番号 5 桁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。

※大分市生活保護受給資格者証は、4 月中に交付予定です。

【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 7 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）
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

※ 7 月以降は、介護保険料決定通知書での免除対象者の確認はできません。

- 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資格確認書（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 資格発生年月日	性別	続柄
世帯主	住所	見 本			○					
	氏名									
公費負担者番号				1 2 4 4 4 0 1 4						
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					

生活保護受給資格者証(例)

予診票の右上に、この番号(5桁)を記入してください。

[illegible]

【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。

【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、上記表題名の予防接種です。



※本確認書の有効期限

高齢者インフルエンザ予防接種、新型コロナウイルス接種、高齢者帯状疱疹…発行年度の実施期間内
高齢者肺炎球菌…66歳を迎える誕生日の前日まで

【接種医療機関の方へ】

- ・ マイナンバーカードや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

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)

※確認不可

4月から6月までの間は令和7年度の通知書で確認できれば可としています。
7月以降は、介護保険料決定通知書での免除対象者の確認はできません。

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			
被保険者氏名			
生 年 月 日		性 別	
住 所			

年間保険料額	円
--------	---

保険料の算出

保 険 料 賦 課 期 間	
本人の市民税課税状況	
世帯の市民税課税状況	
本人の合計所得金額	円
所得段階区分	
①所得段階(年間保険料額)	円
①に該当する期間及び月数	
②変更後所得段階(年間保険料額)	円
②に該当する期間及び月数	

金融機関名			
口座名義人			
口座番号	預金種別		

※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。

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

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	442012 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。

後期高齢者医療資格確認書(例)

後期高齢者医療資格確認書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。

後期高齢者医療資格確認書		有効期限	令和 8 年 7 月 3 1 日
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	見 本	
氏 名	広域 太郎		
生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	性 別	男
資格取得年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		
交付年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
負担割合	〇割		
発効期日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		
限度区分	〇〇〇		
発効期日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
長期入院該当日			
特定疾病区分・発効期日			
保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8		
保険者名	大分県後期高齢者医療広域連合		



限度区分が、区Ⅰまたは区Ⅱの人が免除者となります。

※後期高齢者医療資格確認書は、大分県後期高齢者医療広域連合が発行しているものです。

限度額適用・標準負担額減額認定証の新規発行が廃止となったため、限度区分で表示されています。

交付対象者

- ・ 85歳以上の後期被保険者全員
- ・ 84歳以下で、マイナ保険証の利用実績が少ない被保険者
(※直近1年間の利用回数、直近3か月以内の利用有無で判断)