

令和7年度版

高齢者肺炎球菌  
無料接種券

提出先①  
(窓口または郵送)

〒570-0033 守口市大宮通1丁目13番7号  
守口市市民保健センター 3階 健康推進課

提出先②  
(原則、窓口のみ)

守口市役所本館 3階 南エリア 生活福祉課

※生活保護受給中の対象者のみ申請可能です。

市職員が  
記入→ 発行台帳  
の番号

高齢者肺炎球菌予防接種「無料接種券」発行申請書

守口市長様

標記の件につきまして、下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

1. 申請者

↓あてはまる口に✓してください。

氏名 \_\_\_\_\_

被接種者(接種する人)本人が申請  代理で申請 (被接種者との関係を( )内に記入)

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

添付書類  
2点

①申請者の「本人確認書類※の写し」  ②(※郵送申請の場合) 返信用封筒(宛名記入/110円切手貼付)  
※本人確認書類とは、介護保険証・マイナンバーカード等のこと。 切手の提出がない場合は、窓口配布となります。

または

生活福祉課  
窓口のみ

ケースワーカー等による本人確認 ※ケースワーカー等が、本人や関係者等と面識がある場合は、添付省略可能。

2. 被接種者(接種する人)

氏名  申請者と同じ(記入不要)  
 " と異なる(要記入) → \_\_\_\_\_

生年月日 昭和 年 月 日 ( 歳 )

住所  申請者と同じ(記入不要)  
 " と異なる(要記入) → 守口市

接種予定日 令和 年 月 日 ・ 未定

生活保護受給中  
の確認チェック

生活保護受給中  生活保護は受給していない

生活保護受給者ではない場合は、  
「無料接種券」は発行できません

3. 定期接種対象者の確認

↓ 下記(1)~(3)の該当する口をチェックし添付書類を確認し、申請書とあわせてご提出ください。

(1) 過去の肺炎球菌ワクチンの接種歴

なし → (2)へ  あり → 接種歴がある方は対象外。発行不可。

(2) ご案内・接種券の有無

持っている → (3)へ  持っていない → 持っていない場合は再発行が必要です。  
市民保健センター健康推進課へご連絡ください。(06-6992-2217)

(3) 対象年齢など

①  昭和 34 年 4 月 2 日 ~ 昭和 35 年 4 月 1 日 生まれの方

→  申請日は 66歳の誕生日以前 である ※66歳の誕生日以降は対象外のため発行不可

→  接種予定日は「65歳の間」である ※「65歳の間」とは、65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日の前日まで。

②  昭和 35 年 4 月 2 日 ~ 昭和 36 年 4 月 1 日 生まれの方

→ 申請日の年齢は(  65 歳 )(  64 歳 ) ※64歳での接種費用は全額本人負担です。対象期間は65歳の間です。

→  接種予定日は「65歳の間」である ※「65歳の間」とは、65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日の前日まで。

①②の添付書類

被接種者の「本人確認書類」の写し

※本人確認書類とは、介護保険証・マイナンバーカード等のこと。  
窓口申請の場合は、本人確認書類(原本)の提示による添付省略可。

または

生活福祉課  
窓口のみ

ケースワーカー等による本人確認

※ケースワーカー等が、本人や関係者等と面識がある場合は、添付省略可能

③ 下記の①~④にあてはまる身体障がい者手帳を所持している方で、かつ、60歳~64歳の方

①心臓の障がい1級で、60歳~64歳

②腎臓の障がい1級で、60歳~64歳

③呼吸器の障がい1級で、60歳~64歳

④ヒト免疫不全ウイルスによる免疫不全の障がい1級で、60歳~64歳

注意!

→ 複数の障がいのある場合は、総合等級ではなく、「各個別の障がいのみ」の等級が、1級または1級相当であることを確認。

③の添付書類  
(省略不可)

「心臓1級・腎臓1級・呼吸器1級・ヒト免疫不全1級」を確認できる「手帳 or 診断書」の写し

この枠内は、市職員記入欄です。

上記の者は、令和 年 月 日 現在、  
生活保護法による被保護者である。

宛名番号

←健康推進課使用欄

収  
受  
印

確  
認  
者

署名または押印

記入例

高齢者肺炎球菌  
無料接種券

提出先① 〒570-0033 守口市大宮通1丁目13番7号  
(窓口または郵送) 守口市市民保健センター 3階 健康推進課

提出先② 守口市役所本館 3階 南エリア 生活福祉課  
(原則、窓口のみ)

※生活保護受給中の対象者のみ申請可能です。

市職員が  
記入→ 発行台帳  
の番号

高齢者肺炎球菌予防接種「無料接種券」発行申請書

守口市長様

標記の件につきまして、下記のとおり申請します。

令和7年4月5日

1. 申請者

↓あてはまる口に✓してください。

氏名 守口 太郎

被接種者(接種する人)本人が申請  代理で申請 (被接種者との関係を( )内に記入)

住所 守口市大宮通1-13-7

電話番号 06-6992-2217

添付書類 2点  ①申請者の「本人確認書類※の写し」  ②(※郵送申請の場合) 返信用封筒(宛名記入/110円切手貼付)  
※本人確認書類とは、介護保険証・マイナンバーカード等のこと。 切手の提出がない場合は、窓口配布となります。

または  ケースワーカー等による本人確認 ※ケースワーカー等が、本人や関係者等と面識がある場合は、添付省略可能。

2. 被接種者(接種する人)

氏名  申請者と同じ(記入不要)  "と異なる(要記入) →

生年月日 昭和35年4月2日(65歳)

住所  申請者と同じ(記入不要)  "と異なる(要記入) → 守口市

接種予定日 令和 年 月 日 ・ 未定

生活保護受給中の確認チェック  生活保護受給中  生活保護は受給していない

生活保護受給者ではない場合は、「無料接種券」は発行できません

3. 定期接種対象者の確認

↓下記(1)~(3)の該当する口にチェックし添付書類を確認し、申請書とあわせてご提出ください

(1) 過去の肺炎球菌ワクチンの接種歴

なし → (2)へ  あり → 接種歴がある方は対象外。発行不可。

(2) ご案内・接種券の有無

持っている → (3)へ  持っていない → 持っていない場合は再発行が必要です。市民保健センター健康推進課へご連絡ください。(06-6992-2217)

(3) 対象年齢など

①  昭和34年4月2日～昭和35年4月1日生まれの方

→  申請日は66歳の誕生日以前である ※66歳の誕生日以降は対象外のため発行不可

→  接種予定日は「65歳の間」である ※「65歳の間」とは、65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日の前日まで。

②  昭和35年4月2日～昭和36年4月1日生まれの方

→ 申請日の年齢は(  65歳 )(  64歳 ) ※64歳での接種費用は全額自己負担

→  接種予定日は「65歳の間」である ※「65歳の間」とは、65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日の前日まで。

例1) 昭和34年11月1日生まれの方は、令和6年10月31日から令和7年10月31日まで接種可能。

例2) 昭和35年5月1日生まれの方は、令和7年4月30日から令和8年4月30日まで接種可能。

①②の添付書類  被接種者の「本人確認書類」の写し ※本人確認書類とは、窓口申請の場合

生活福祉課窓口のみ  ケースワーカー等による本人確認 ※ケースワーカー等

③ 下記の①~④にあてはまる身体障がい者手帳を所持している方で、かつ65歳以上の方

①心臓の障がい1級で、60歳～64歳  ②腎臓の障がい1級で、60歳～64歳

③呼吸器の障がい1級で、60歳～64歳  ④ヒト免疫不全ウイルスに感染している

注意! → 複数の障がいのある場合は、総合等級ではなく、「各個別の障がいのみ」の等級を記載してください。

③の添付書類(省略不可)  「心臓1級・腎臓1級・呼吸器1級・ヒト免疫不全1級」

65歳以上の方は、生活福祉課のケースワーカー等が本人確認できる場合は、本人確認書類の添付を省略することが可能です。

60～64歳の方は、添付書類の省略不可! 該当する疾患の総合等級ではなく、「個別の障がい」の等級が「1級」であるかを確認。

この枠内は、市職員記入欄です。

上記の者は、令和 年 月 日 現在、生活保護法による被保護者である。

宛名番号

←健康推進課使用欄

収受印