

## 重 要

### 令和6年度 堺市インフルエンザ予防接種及び新型コロナウイルス感染症予防接種 事業 受付時における確認事項について

#### 1 制度の対象者であるかの確認について

◎接種日において、65歳以上かつ堺市に住民票がある方

堺市に居住・堺市内の施設等に入所していても、堺市に住民票がない方は対象になりません。

◎接種日において、60～65歳未満かつ堺市に住民票がある方のうち、  
心臓・じん臓・呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有し、  
かつその障害が身体障害者手帳1級程度の方

⇒障害者手帳や医師の診断書等、確認資料のコピーをとってください（請求時に必要です）

障害者手帳を所持していても、臓・じん臓・呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる  
免疫の機能の障害にあたらな方は、対象になりません。

障害者手帳を所持していても、障害2級以下の方は対象になりません。

#### 2 自己負担金免除対象者であるかの確認について

1で、制度の対象者であることを確認したのち、自己負担免除対象者であることを確認します。

なお、下記書類において、同一の方が同月内にインフルエンザと新型コロナウイルス感染症両方の  
予防接種を接種される場合は、2セット分の確認書類をコピーするようお願いします。

◎令和6年度市民税非課税世帯に属する方

確認書類見本：6、6-2、7、8 の提示を受け、そのコピーをとってください（請求時に必要  
です）

◎生活保護世帯に属する方

確認書類見本：1、2、3、5 の提示を受け、そのコピーをとってください（請求時に必要です）

◎中国残留邦人等支援給付世帯に属する方

確認書類見本：4 の提示を受け、そのコピーをとってください（請求時に必要です）

◎堺市の公害健康被害補償の対象者（※インフルエンザ予防接種事業のみ）

確認書類：9 の提示を受け、そのコピーをとってください（請求時に必要です）

◎堺市予防接種無料受診券を持参した方

確認書類：無料受診券の提示を受け、原本を回収してください（請求時に必要です）

ただし、堺市予防接種無料受診券のうち、○印が付されている他の予防接種が未接種の場合は、手  
引きP3を参考にご対応願います。（コピーをとって対応いただく場合があります）

※上記に該当する無料接種対象者については、自己負担金を免除（無料）としてください。

※上記に該当しない場合は、自己負担金（インフルエンザ予防接種1,500円、新型コロナウイルス感染症予防接種3,200円）を徴収してください。

注）年度内それぞれ1回限り。2回目以降の接種は、全額自己負担扱いです。

### 3 自己負担金免除対象者を証する書類をお持ちでない方への対応について

#### ◎「市民税非課税世帯の確認書類」を紛失等された方への対応

⇒ 接種実施前に、「堺市予防接種無料受診券」の交付を受けるよう案内してください。

「堺市予防接種無料受診券」は、堺市各区の保健センターまたは堺市保健所感染症対策課で発行しております。申請時には、本人確認書類を持参する必要があります（住民票上の同一世帯ではない方が申請する場合は、委任状も必要です）。

（注1）無料受診券の発行手続き（申請）は必ず接種前に行うよう説明してください。

（注2）接種後に発行されたものは、無効となります（免除になりません）。

（注3）自費で支払った後に、堺市から費用をお返しの償還制度はありません。

#### ◎「生活保護世帯・中国残留邦人等支援給付世帯の確認書類」をお忘れの方への対応

⇒ 無料で接種する場合には、必ず確認書類が必要です。

生活保護世帯・中国残留邦人等支援給付世帯の確認書類を必ず確認してください。

（※無料受診券の発行は行っておりません）

（注）自費で支払った後に、堺市から費用をお返しの償還制度はありません。

#### ◎「公害医療手帳」をお忘れの方への対応（※インフルエンザ予防接種事業のみ）

⇒ 無料で接種する場合には、手帳により適切にご確認ください。

堺市公害医療手帳で確認してください。（※無料受診券の発行は行っておりません）。

確認ができない場合は、医療機関で自己負担金（¥1,500）を徴収してください。

なお、お支払い済の自己負担金については、保健医療課（TEL：072-228-7582）で還付手続を行うよう案内してください。

### 4 接種見合わせ分への対応について

#### ◎同一の対象者につき同月内1回を限度とします。

#### ◎外来患者の方のみ請求可能で、入院患者の方の場合は請求できません。

◎接種見合わせ分として認められる理由は、予診票質問事項のうち、原則としてインフルエンザ予防接種は3～11番、新型コロナウイルス感染症予防接種は3～10番に該当する場合に限られます。

◎接種当日に風邪などの理由で接種を見合せた時、投薬等引き続き治療される場合は、診察に要した費用については健康保険扱いとしてください。この場合、接種見合わせ（不可）の委託料は請求できません。

# 1. 生活保護受給証

XXX-XXXX

堺市〇区〇〇町  
XX-XX

保健所 太郎 様

堺市〇保健福祉総合センター所長

印

該当期間のものであることを  
確認してください。

令和〇年〇月生活保護受給証

| 氏 名    | 性 別 | 生 年 月 日     |
|--------|-----|-------------|
| 保健所 太郎 | 男   | 昭和21年 1月 1日 |
| 保健所 花子 | 女   | 昭和21年 1月 2日 |

## 【生活保護受給証の利用方法について】

日曜・休日・夜間等保健福祉総合センター執務時間外で

(1) 急病により医者にかかりたいとき、この受給証を病院に提示すれば、生活保護として取り扱いをしてくれます。

(2) 家族の方が死亡した場合、この受給証を葬祭店に提示すれば、堺市立斎場では生活保護として火葬場使用料の減額の取り扱いをしてくれます。

## (注意)

この受給証は毎月送付されますので、必ず当該月の受給証を提示して下さい。この受給証を利用して医療機関に受診したときは、すみやかに保健福祉総合センターに連絡して下さい。(原則として利用できるのは堺市内の指定医療機関に限ります。)また、この受給証を利用して火葬場使用料の減受けたとき、及び葬祭扶助の申請をしたいときは、すみやかに保健福祉総合センターに連絡または相談して下さい。  
この受給証の利用は日曜・休日・夜間等、保健福祉総合センター執務時間外に限られますので、それ以外の場合は従来どおりすみやかに保健福祉総合センターで手続きをして下さい。また、この受給証は他人に譲ったり、貸したりしないで下さい。

令和〇年〇月〇日

堺市〇保健福祉総合センター所長

印

## 保 護 決 定 通 知 書

令和〇年〇月〇日 からの保護の程度を通知します。

### 1 保護の種類及び支給額

| XX 月 分<br>扶 助 額<br>(A) - (B) | 生 活 扶 助<br>円 | 住 宅 扶 助<br>円   | 教 育 扶 助<br>円                             | 合 計<br>円                      | 本人支払額<br>円   | その他扶助額<br>円  |
|------------------------------|--------------|----------------|------------------------------------------|-------------------------------|--------------|--------------|
| 最低生活費<br>(A)                 | 生 活 扶 助      |                |                                          |                               | 住 宅 扶 助<br>円 | 教 育 扶 助<br>円 |
|                              | ア 基 準 額<br>円 | イ 加 算 額<br>円   | エ 冬 季 加 算<br>ウ介護保険料加算<br>(11月～3月のみ)<br>円 | オ 期 末 一 時 扶 助<br>(12月のみ)<br>円 |              |              |
| 収入充当額<br>(B)                 | 収 入 額<br>円   | 過 払 充 当 額<br>円 | 合 計<br>円                                 |                               |              |              |
| 扶助額及び<br>保護の種類               | 生 活 扶 助<br>円 | 住 宅 扶 助<br>円   | 教 育 扶 助<br>円                             | 合 計 (今 回<br>の 支 給 額)<br>円     | 本人支払額<br>円   |              |
| 月 分                          |              |                |                                          |                               |              |              |
| 月 分                          |              |                |                                          |                               |              |              |

今回支給額 円

### 2 保護費支給日

個人口座

支給日 令和〇年〇月〇日

### 3 支払先内訳

銀行口座

円

### 4 変更の理由

1.

2.

## (備 考)

1 学校給食費は、別途学校長に支払います。

2 医療費本人支払額は、診療を受ける病院、診療所等の窓口で支払ってください。

## (教 示)

1 この決定に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、大阪府知事に対して審査請求をすることができます。

2 この決定に不服がある場合は、この決定に対する審査請求の裁決を経た場合においてのみ、当該裁決のあったことを知った日の翌日から起算して6か月以内の間(当該裁決があった日から1年を超えることができない。)に限り、堺市(代表者は、市長)を相手方として、この決定の取消しを求める訴えを提起することができます。

3 前項の規定にかかわらず、行政事件訴訟法(昭和37年法律第139号)第8条第2項各号のいずれかに該当する場合においては、審査請求の裁決を経なくても取消しを求める訴えを提起することができます。

## 2. 生活保護受給証明書

援第 一 号

### 生 活 保 護 受 給 証 明 書

住 所 堺市 ○区 ○○町XX-XX

世帯主氏名 保健所 太郎

生 年 月 日 昭 和 21 年 1 月 1 日 生

| 氏 名    | 生 年 月 日          |
|--------|------------------|
| 保健所 太郎 | 昭 和 21 年 1 月 1 日 |
| 保健所 花子 | 昭 和 21 年 1 月 2 日 |

扶助の種類

生活扶助

住宅扶助

~~教育扶助~~

介護扶助

医療扶助

受給期間

令和○年 X 月 X 日 から 一 年 一 月 一 日 まで

使用目的

宛 先 堺市長 様

上 記 の 世 帯 は 生 活 保 護 法 に よ る 保 護 を 受 給 し て い る  
こ と を 証 明 す る 。

該当期間内であることを確認  
してください。

令 和 年 月 日

堺市○保健福祉総合センター所長

印

### 3. 医療券(個人用)

御中

該当期間のものであることを  
確認してください。

様式第23号

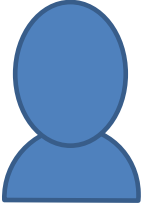
生活保護法医療券・調剤券 ( 年 X 月 分 )

|                                                  |                                  |   |   |   |   |   |   |                   |                         |            |  |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|-------------------|-------------------------|------------|--|
| 者 番 号                                            | X                                | X | X | X | X | X | X | 有 効 期 間           | 日 从<br>日 まで             |            |  |
| 受給者番号                                            | X                                | X | X | X | X | X | X | 単 独 ・ 併 用 別       | 単 独 ・ 併 用               |            |  |
| 氏 名                                              | 保 健 所 太 郎 ( 男 ・ 女 )              |   |   |   |   |   |   |                   |                         |            |  |
| 居 住 地                                            | 堺 市 〇 区 〇 〇 町 × 丁 × 番 × 号        |   |   |   |   |   |   |                   |                         |            |  |
| 指 定 医 療<br>機 関 名                                 |                                  |   |   |   |   |   |   |                   |                         |            |  |
| 傷 病 名                                            | ( 1 )<br>( 2 )<br>( 3 )          |   |   |   |   |   |   | 診 療 別             | 入 院<br>入 院 外<br>訪 問 看 護 | 歯 科<br>調 剤 |  |
|                                                  |                                  |   |   |   |   |   |   | 本 人 支 払 額         | 円                       |            |  |
| <div>地区担当員名</div> <div>取扱担当者名</div> <div>印</div> |                                  |   |   |   |   |   |   |                   |                         |            |  |
| 備<br><br><br>考                                   | 社 会 保 険                          |   |   |   |   |   |   | あ り ( 健 ・ 共 ) な し |                         |            |  |
|                                                  | 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2 |   |   |   |   |   |   | あ り な し           |                         |            |  |
|                                                  | そ の 他                            |   |   |   |   |   |   |                   |                         |            |  |
|                                                  |                                  |   |   |   |   |   |   |                   |                         |            |  |
|                                                  |                                  |   |   |   |   |   |   |                   |                         |            |  |

- 備考
- この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとすること。
  - 「指定医療機関名」欄に指定訪問看護事業者の名称を記入する場合には、訪問看護ステーションの名称も併せて記入すること。

#### 4. 支援給付の支給決定がされている中国残留邦人等に対する本人確認証

(表)

| 本人確認証                                                                                                      |      | No 00000XXX   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------|
|                           | 氏名   | 保健所 太郎        |
|                                                                                                            | 生年月日 | 昭和21年1月1日     |
|                                                                                                            | 性別   | 男性            |
|                                                                                                            | 住所   | 堺市〇区〇〇町XTX番X号 |
| <p>上記の者については、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）に基づく支援給付の支給決定されていることを証明する。</p> |      |               |
| 発行日 令和元年〇月〇日                                                                                               |      |               |
| この確認証の有効期間は、                                                                                               |      | 堺市長           |
| 令和〇年4月1日 から 令和〇年3月31日までとする。                                                                                |      |               |

接種日現在、有効期間内であることをご確認ください。

(裏)

|                                     |              |
|-------------------------------------|--------------|
| (注意)                                |              |
| (1) この確認証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできません。   |              |
| (2) この確認証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出てください。  |              |
| (3) この確認証は、次の場合は直ちに発行者に返納してください。    |              |
| ① 御本人が支援給付を受けなくなったとき。               |              |
| ② 確認証の記載事項に変更があったとき。                |              |
| ③ 確認証の有効期間が満了したとき。                  |              |
| ④ 確認証が使用に耐えなくなったとき。                 |              |
| ⑤ 確認証が再交付された後、紛失した確認証を発見したとき。       |              |
| (4) 医療機関で受診する際には、この確認証を窓口に表示してください。 |              |
| (実施機関)                              |              |
| 所在地                                 | 堺市堺区南瓦町3番1号  |
| 連絡先                                 | 堺市 XXXXXX課   |
| 電話番号                                | 072-XXX-XXXX |

## 5. 医療券（医療機関等用 複数の対象者が記載されているもの）

（指定医療機関名）

XXX-XXXX

堺市〇区〇〇町  
XX-XX

〇〇〇〇病院

御中

堺市〇保健福祉総合センター所長

印

公費負担者番号

XXXXXXXX

### 医 療 券 （ 単 独 ）

| 受 給 者 番 号 | 患 者 氏 名<br>(生 年 月 日・性 別) | 診 療 年 月         | 診 療 別 | 本 人<br>支 払 額 | 備 考 ( 他 法 、 そ の 他 ) |
|-----------|--------------------------|-----------------|-------|--------------|---------------------|
| XXXXXXXX  | 保 健 所 太 郎<br>昭和21年1月1日 男 | RO.XX<br>1日-31日 | 入院    | X,XXX        |                     |
| XXXXXXXX  | 保 健 所 花 子<br>昭和21年1月2日 女 | RO.XX<br>1日-31日 | 入院    | X,XXX        |                     |

該当期間内であることを確認  
してください。

## 6. 介護保険料(確定保険料)納入通知書

令和 年度 堺市介護保険料(確定保険料)納入通知書

|        |                                    |
|--------|------------------------------------|
| 被保険者氏名 | 様                                  |
| 被保険者番号 |                                    |
| 決定年月日  | 令和 年 7 月 日                         |
| 決定理由   | 令和 年度介護保険料(確定保険料)を決定しましたので通知いたします。 |

**確認箇所**

保険料算定の基礎は、下記のとおりです。

|        |  |
|--------|--|
| 期 間    |  |
| 所得段階区分 |  |

堺市長

**今年度の確定保険料の通知書でご確認ください。**

保険料算定の基礎は、下記のとおりです。

|        |  |
|--------|--|
| 期 間    |  |
| 所得段階区分 |  |

**「所得段階区分」を確認してください。**

**第1段階・第2段階・第3段階の方については、非課税世帯に属するため、自己負担金免除対象者に該当します。**

### 【 参 考 】

| 所得段階区分  | 対 象 者                                                                        |
|---------|------------------------------------------------------------------------------|
| 第 1 段 階 | 世帯全員が市民税非課税で高齢福祉年金受給の方、生活保護受給の方、世帯全員が市民税非課税の方で公的年金等収入額と合計所得金額との合計が年額80万円以下の方 |
| 第 2 段 階 | 世帯全員が市民税非課税の方で、公的年金等収入額と合計所得金額との合計が年額80万円を超え120万円以下の方                        |
| 第 3 段 階 | 世帯全員が市民税非課税の方で、公的年金等収入額と合計所得金額との合計が年額120万円を超える方                              |



## 6-2. 介護保険料(確定保険料)納入通知書

\* 印刷用紙の裏面に記載

堺市介護保険料納入通知書(保険料額変更通知書) 兼 特別徴収開始通知書

590- 堺市 区

令和 年 月 日

様 堺 市 長

〇〇年度分の介護保険料額を次のとおり決定しましたので通知します。

|        |          |
|--------|----------|
| 被保険者氏名 | 被保険者番号   |
| 変更年月日  | 令和 年 月 日 |
| 変更事由   |          |

| 年間保険料額        | 期別保険料 | 変更前の保険料 | 変更後の保険料 | 収納済額 |
|---------------|-------|---------|---------|------|
| 〇〇年度に納付する保険料  | 月     | 普通徴収    | 特別徴収    |      |
|               | 4月    |         |         |      |
|               | 5月    |         |         |      |
| これまでの保険料納付方法等 |       |         |         |      |
| 保険料徴収方法       | 普通徴収  |         |         |      |
| 特別徴収義務者       | ****  |         |         |      |
| 特別徴収対象年金      | ****  |         |         |      |
| これからの保険料納付方法等 |       |         |         |      |
| 保険料徴収方法       | 普通徴収  |         |         |      |
| 特             | 1月    |         |         |      |
| 特             | 2月    |         |         |      |
|               | 3月    |         |         |      |
|               | 計     |         |         |      |
|               | 合計額   |         |         |      |
|               | 差引増減額 |         |         |      |
|               | 保険料段階 | 第〇所得段階  | 第〇所得段階  |      |

年度途中での65歳到達者や、市外からの転入者の所得判明による段階区分の変更の場合等

所得段階区分はこちらで確認してください。

| 保険料算定の基礎       | 所得段階区分 | 保険料率(年額) | 保険料額 |
|----------------|--------|----------|------|
| 期 間            |        |          |      |
| 〇〇年 4月 ~ 〇〇年 月 | 第〇所得段階 |          |      |

| 普通徴収の場合の納期限 |          |      |          |
|-------------|----------|------|----------|
| 納期          | 納期限      | 納期   | 納期限      |
| 第1期         | 令和 年 月 日 | 第7期  | 令和 年 月 日 |
| 第2期         | 令和 年 月 日 | 第8期  | 令和 年 月 日 |
| 第3期         | 令和 年 月 日 | 第9期  | 令和 年 月 日 |
| 第4期         | 令和 年 月 日 | 第10期 | 令和 年 月 日 |
| 第5期         | 令和 年 月 日 | 第11期 | 令和 年 月 日 |
| 第6期         | 令和 年 月 日 | 第12期 | 令和 年 月 日 |

| 普通徴収の場合の振替口座 |     |         |  |
|--------------|-----|---------|--|
| 金融機関コード      | 種目  | 口座・通帳番号 |  |
| ****         | *** | *****   |  |
| 口座名義人        |     |         |  |
| *****        |     |         |  |

※口座振替をご利用されている場合は、口座・通帳番号の一部を非表示にしています。

問い合わせ先 堺市 区役所 保健福祉総合センター地域福祉課 介護保険係  
住 所 堺市 電話 072- - FAX 072- -

この用紙は

## 7. 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 年 月 日       |                                     |
| 被保険者              | 番号                                  |
| 被保険者              | 住所                                  |
| 被保険者              | 氏名                                  |
| 被保険者              | 生年月日 年 月 日 性別                       |
| 被保険者              | 適用年月日 年 月 日から                       |
| 被保険者              | 有効期限 年 月 日まで                        |
| 食費の負担限度額          | 円                                   |
| 居住費又は滞在費          | 円                                   |
| の負担限度額            | 円                                   |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | 2 7 1 4 0 3<br>大阪府堺市堺区南瓦町3番1号<br>堺市 |

| 介護保険特定負担限度額認定証<br>(特別養護老人ホームの要介護措置入所者に関する認定証) |                                     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|
| 交付年月日 年 月 日                                   |                                     |
| 被保険者                                          | 番号                                  |
| 被保険者                                          | 住所                                  |
| 被保険者                                          | 氏名                                  |
| 被保険者                                          | 生年月日 年 月 日 性別                       |
| 被保険者                                          | 適用年月日 年 月 日から                       |
| 被保険者                                          | 有効期限 年 月 日まで                        |
| 食費の特定負担限度額                                    | 円                                   |
| 居住費の特定負担限度額                                   | 円                                   |
| 負担限度額                                         | 円                                   |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印                             | 2 7 1 4 0 3<br>大阪府堺市堺区南瓦町3番1号<br>堺市 |

有効期限内であることを確認してください。

## 8. 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

| 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証       |      |                |  |
|-------------------------------|------|----------------|--|
| 有効期限<br>交付年月日                 |      |                |  |
| 被保険者番号                        |      |                |  |
| 被<br>保<br>険<br>者              | 住 所  |                |  |
|                               | 氏 名  |                |  |
|                               | 生年月日 |                |  |
| 発効期日                          |      |                |  |
| 適用区分                          |      |                |  |
| 長期入院<br>該当年月日                 |      | 保険<br>者印       |  |
| 保険者番号<br>並びに<br>保険者の名称<br>及び印 |      | 大阪府後期高齢者医療広域連合 |  |

※ 適用区分「Ⅱ」、「Ⅰ」と記載のあるものが、非課税世帯に属するため、自己負担金免除対象者に該当します。  
「現役Ⅱ」、「現役Ⅰ」は自己負担金免除対象外です。

### 【 参 考 】

|   |                                                                                                                                                   |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ⅱ | 住民税非課税世帯に属する被保険者                                                                                                                                  |
| Ⅰ | <ul style="list-style-type: none"> <li>・住民税非課税世帯のうち、すべての世帯員の各所得が0円となる方（ただし、公的年金等控除額は80万円として計算）</li> <li>・住民税非課税世帯に属する老齢福祉年金を受給している被保険者</li> </ul> |



## 9. 公害医療手帳

|        |           |
|--------|-----------|
| 認定番号 堺 |           |
| 公害医療手帳 |           |
| 認定     |           |
| 有効期間   | 〇〇年〇月〇日まで |
| 氏名     | 堺市        |

|      |            |
|------|------------|
| 交付   |            |
| 堺市長  |            |
| 氏名   |            |
| 住所   | ( 年 月 日変更) |
| 認定疾病 |            |

※堺市以外が発行している手帳は対象ではありません。

※接種日現在、手帳が有効期間内であることをご確認ください。

※ 堺市公害医療手帳で自己負担金の免除となるのはインフルエンザ予防接種事業のみで、新型コロナウイルス感染症予防接種事業では自己負担金免除の対象外です。