

令和6年度 堺市高齢者の肺炎球菌予防接種事業における受付及び請求時に関する補足資料（施設用）

- ★ 接種日現在、堺市に住民登録が無い方は、堺市高齢者肺炎球菌予防接種事業の対象にはなりません。

1. 自己負担金が免除される無料接種対象者の確認及び請求方法について

◎生活保護世帯若しくは中国残留邦人等支援給付世帯に属する方

本人からの申し出があり、医療券、受給者証等（P 5～P 9に見本あり）により窓口で資格確認できれば、自己負担金が免除されます。

◎市民税非課税世帯に属する方

本人からの申し出があり、介護保険料（確定保険料）納入通知書【所得段階区分が第1段階～第3段階の記載があるものに限る】、介護保険負担限度額認定証、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（P 10～P 13に見本あり）により窓口で資格確認できれば、自己負担金が免除されます（事前に無料受診券の発行は不要）。

※生活保護世帯・中国残留邦人等支援給付世帯に属する方・市民税非課税世帯に属する方の「確認方法」は下記のとおりとなりますので、ご協力をお願いいたします。

（1）無料接種対象者【令和6年度】

ア. 接種日において65歳以上の者のうち生活保護世帯・中国残留邦人等支援給付世帯及び市民税非課税世帯に属する市民

イ. 接種日において60～65歳未満の生活保護世帯・中国残留邦人等支援給付世帯及び市民税非課税世帯に属する市民のうち、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、その障害が身体障害者手帳1級程度の市民（確認できるものが必要）

※定期接種対象者と任意接種対象者の違いについては、別紙「高齢者の肺炎球菌ワクチン予防接種に関する手引き」をご参照ください。

（2）自己負担金

上記（1）に該当する無料接種対象者については、4,000円の自己負担金を免除（無料）してください。

※ 市へ委託料としてご請求ください。

※ 制度を利用できるのは1人1回のみです。平成26年10月1日以降に制度を利用して接種された方が、再度高齢者肺炎球菌ワクチンを接種する場合は、

全額自己負担として取り扱ってください。

(3) 確認方法

生活保護世帯・中国残留邦人等支援給付世帯及び市民税非課税世帯に属することを証明できる書類（医療券、受給者証、介護保険料決定通知書等【5～13ページ参照】）を確認。

※ 市民税非課税世帯に属することを証明できる書類を紛失等した方に対しては、事前の申請により無料受診券を発行します。

(4) 委託料請求

自己負担金免除対象者については、請求書の「被接種者負担金免除分」(8,508円)欄に件数及び金額をご記入いただき、予防接種実施報告書及び自己負担金免除に該当することを証明する書類の写しと併せて提出してください。

生活保護世帯・中国残留邦人等支援給付世帯及び市民税非課税世帯に属することを証明する書類を確認していただき、予防接種実施報告書にある「自己負担金免除に該当する者（医療機関確認欄）」欄にチェック☑をしてください【下図参照】。

1		高齢者の肺炎球菌ワクチン予防接種実施報告書										整理番号 (堺市記入欄)	5	9
接種年月日 (申込年月日)		令和	11	12	13	14	15	16	17	18	日	☒ 定期接種	☐ 任意接種	
住所		堺市 堺区 南瓦町3番1号										Tel: 072) 222-9933		
フリガナ		サカイ タロウ										36 37 生年月日		
氏名		堺 太郎										38 1 明治・2 大正・3 昭和		
氏名		3 5 年 1 0 月 3 0 日生 (65 歳)										40 41 42 43 44		
予防接種の種類		☐ 高齢者肺炎球菌										診察前の体温 36 度 5 分		
該当箇所に○印を記入してください。		適 応 接 種 LotNo 73 439B 82										接種見合わせ(不可) 83		
接種を見合わせた理由		1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. その他()										医療機関コード番号 84 9 9 0 0 0 0 90		
上記のとおり予防接種を実施したので報告します。		医療機関名 堺市保健所クリニック										接種医師名 保健所 花子		
自己負担金免除に該当する者【医療機関確認欄】		☐ 医療券 ☐ 生活保護受給証 ☐ 介護保険料納入通知書										☒ その他(負担限度額認定証等)		
※この報告書は様式第4号に添付してください。		【堺市記入欄】 障害 129 無料 130												

(5) 堺市予防接種無料受診券の取扱いについて

◎「市民税非課税世帯を証明する書類」を紛失等された方への対応

⇒ 「堺市予防接種無料受診券」を交付します。

事前に保健センターまたは保健所で手続きをし、堺市予防接種無料受診券（以下「無料受診券」という。）の発行を受ければ自己負担金が免除されます。上記の書類を紛失等された方から、事前の問い合わせがあれば、その旨説明してください。

※無料受診券の発行手続き（申請）は必ず接種日前に行うよう説明してください。
有効期間は申請日以後となりますのでご注意ください。

※自己負担金免除の該当者が、自費で支払った後に、堺市から費用をお返りする償還制度はありません。

注意事項

施設入所者の高齢者の肺炎球菌予防接種事業については、高齢者のインフルエンザ予防接種事業及び新型コロナウイルス感染症予防接種事業の実施期間と同様となります。実施期間外の接種については、堺市に請求することができませんのでご注意ください。

令和6年 10月1日から令和7年 1月31日まで

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

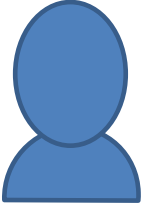
生活保護法医療券・調剤券(年 X 月分)

者 番 号	X X X X X X X X	有 効 期 間	日 から 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 ○ 区 ○ ○ 町 × 丁 × 番 × 号			
指 定 医 療 機 関 名				
傷 病 名	(1) (2) (3)	診 療 別	入 院 入 院 外 訪 問 看 護	歯 科 調 剤
	本人支払額		円	
地区担当員名		取扱担当者名		印
備 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
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。		
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提示してください。	
(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 (生 年 月 日・性 別)	診療年月	診療別	本 人 支払額	備 考 (他 法、そ の 他)
XXXXXXX	保 健 所 太 郎 昭和21年1月1日 男	RX.XX 1日-31日	入院	X,XXX	
XXXXXXX	保 健 所 花 子 昭和21年1月2日 女	RX.XX 1日-31日	入院	X,XXX	

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

*印刷可能な範囲

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- 令和 年 月 日
堺市 区

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				収納済額
〇〇年度に納付する保険料額		月	変更前の保険料		変更後の保険料	
			普通徴収	特別徴収	普通徴収	特別徴収
これまでの保険料納付方法等		4月				
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		1月				
保険料徴収方法	普通徴収	2月				
特別徴収義務者	****	3月				
特別徴収対象年金	****	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			
期 間	月数	所得段階区分	保険料率(年額)
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-

この用紙には、市

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
住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日 性別
適用年月日	年 月 日から
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
	円
	円
保険者番号並びに保険者の名称及び印	2 7 1 4 0 3 大阪府堺市堺区南瓦町3番1号 堺市

介護保険特定負担限度額認定証 (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
住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日 性別
適用年月日	年 月 日から
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
	円
保険者番号並びに保険者の名称及び印	2 7 1 4 0 3 大阪府堺市堺区南瓦町3番1号 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 交付年月日			
被保険者番号			
被 保 険 者	住 所		
	氏 名		
	生年月日		
発効期日			
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		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	・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） ・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