令和６年度　堺市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における
受付・請求時に関する補足資料

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（Ｐ５～Ｐ９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（無料受診券の発行はいたしません）。

◎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等（Ｐ１０～Ｐ１３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）。

◎堺市の公害健康被害補償の対象となる方（※インフルエンザ予防接種のみ）

本人からの申し出があり、堺市公害医療手帳（Ｐ１４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（※堺市の公害健康被害補償の対象者の確認は、堺市公害医療手帳のみとなります。無料受診券の発行はいたしません）。新型コロナウイルス感染症予防接種事業では公害健康被害補償認定者は自己負担金免除の対象に該当しないため、ご注意ください。

※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、および堺市の公害健康被害補償の対象（**※インフルエンザ予防接種のみ**）となる方の「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

ア．接種日において６５歳以上の生活保護世帯・中国残留邦人等支援給付世帯・市民税非課税世帯に属する市民及び**堺市の**公害健康被害補償の対象となる市民

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・市民税非課税世帯に属する市民及び**堺市の**公害健康被害補償の対象（**※インフルエンザ予防接種のみ**）となる市民のうち、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）

（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、インフルエンザ予防接種は１，５００円、新型コロナウイルス感染症予防接種は３，２００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。

※年度ごとにそれぞれ１人１回の接種が定期接種となります。
同一の予防接種で２回目以降の接種分については任意接種となりますので、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・市民税非課税世帯に属することまたは堺市の公害健康被害補償の対象（**※インフルエンザ予防接種のみ**）であ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、堺市公害医療手帳等【５～１４ページ参照】）を確認。

※市民税非課税世帯にかかる証明書類を紛失等した方に対しては、事前に申請により無料受診券を発行します。

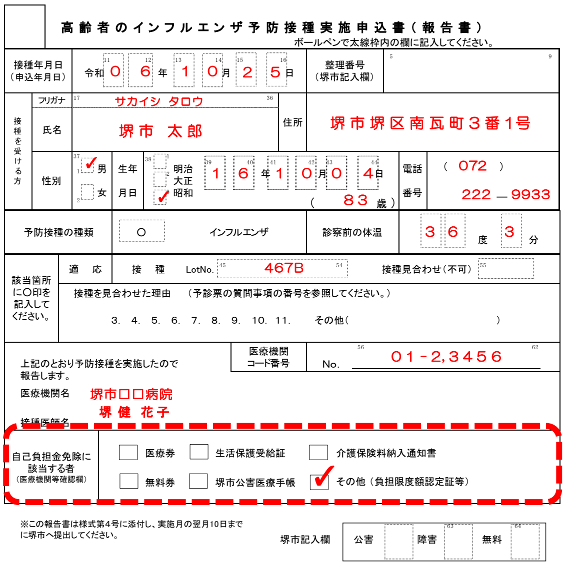
※生活保護世帯・中国残留邦人等支援給付世帯及び堺市の公害健康被害補償の対象者（**※インフルエンザ予防接種のみ**）の確認については、証明書類のみです。
無料受診券の発行はいたしません。

（４）委託料請求

自己負担金は免除となりますので、請求書の「被接種者負担金免除分」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いた場合は、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（医療機関等確認欄）」欄にチェック☑をしてください【下図参照】。

※請求時に証明書類（医療券や受給証など）のコピー等は必要ありません（添付不要）。



高齢者のインフルエンザ予防接種実施申込書（報告書）

ボールペンで太線枠内の欄に記入してください。

接種年月日（申込年月日）　令和 0 6 年 1 0 月 2 5 日

整理番号（堺市記入欄）

接種を受ける方

フリガナ　サカイシ　タロウ

氏名　堺市　太郎

住所　堺市堺区南瓦町３番1号

性別　✓男　女

生年月日　明治　大正　✓昭和　1 6 年 1 0 月 0 4 日（83 歳）

電話番号　（072）222－9933

予防接種の種類　○　インフルエンザ

診察前の体温　3 6 度 3 分

該当箇所に○印を記入してください。

適応　接種　LotNo. 467B　接種見合わせ（不可）

接種を見合わせた理由　（予診票の質問事項の番号を参照してください。）

3.　4.　5.　6.　7.　8.　9.　10.　11.　その他（　　）

上記のとおり予防接種を実施したので報告します。

医療機関コード番号　No. 01－2,3456

医療機関名　堺市□□病院

接種医師名　堺　健　花子

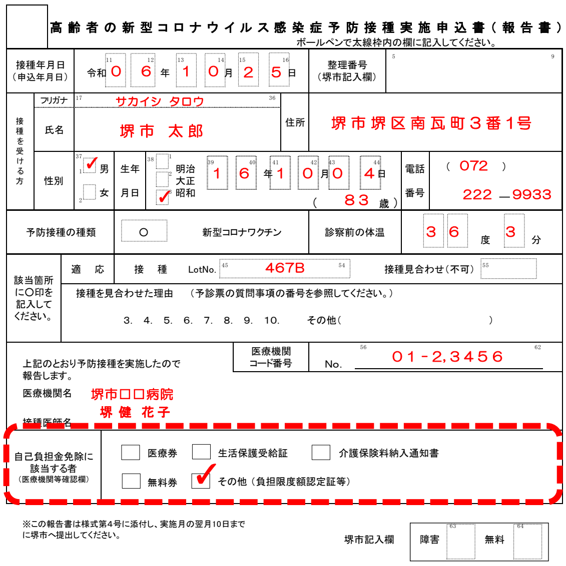
自己負担金免除に該当する者（医療機関等確認欄）

□医療券　□生活保護受給証　□介護保険料納入通知書

□無料券　□堺市公害医療手帳　✓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、実施月の翌月10日までに堺市へ提出してください。

堺市記入欄　公害　障害　無料



高齢者の新型コロナウイルス感染症予防接種実施申込書（報告書）

ボールペンで太線枠内の欄に記入してください。

接種年月日（申込年月日）　令和 0 6 年 1 0 月 2 5 日

整理番号（堺市記入欄）

接種を受ける方

フリガナ　サカイシ　タロウ

氏名　堺市　太郎

住所　堺市堺区南瓦町３番1号

性別　✓男　女

生年月日　明治　大正　✓昭和　1 6 年 1 0 月 0 4 日（83 歳）

電話番号　（072）222－9933

予防接種の種類　○　新型コロナワクチン

診察前の体温　3 6 度 3 分

該当箇所に○印を記入してください。

適応　接種　LotNo. 467B　接種見合わせ（不可）

接種を見合わせた理由　（予診票の質問事項の番号を参照してください。）

3.　4.　5.　6.　7.　8.　9.　10.　その他（　　）

上記のとおり予防接種を実施したので報告します。

医療機関コード番号　No. 01－2,3456

医療機関名　堺市□□病院

接種医師名　堺　健　花子

自己負担金免除に該当する者（医療機関等確認欄）

□医療券　□生活保護受給証　□介護保険料納入通知書

□無料券　✓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、実施月の翌月10日までに堺市へ提出してください。

堺市記入欄　障害　無料

（5）堺市予防接種無料受診券　および　堺市公害医療手帳の取扱いについて

◎「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。

事前に各区の保健センターで手続きをし、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、問合せがあれば、その旨説明してください。

※<u>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。</u>
<u>有効期間は申請日以後となりますのでご注意ください。</u>

※<u>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しする償還制度はありません。</u>

◎「堺市予防接種無料受診券」を利用して、接種を希望される方への対応

接種希望者である堺市民から無料受診券の提示があった場合、自己負担金を免除（無料）してください。また、無料受診券に接種日等の必要事項を記載し、「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（医療機関等確認欄）」欄の「無料券」にチェック☑をしてください。

無料受診券の記載内容で、最終の予防接種と確認できた場合は無料受診券を回収し、市への請求時に添付してください。他に希望するワクチンが未接種の場合は、無料受診券を本人に返却し、請求時に無料受診券コピー等の添付は必要ありません。

注意事項

高齢者のインフルエンザ予防接種事業及び高齢者の新型コロナウイルス感染症予防接種事業の実施期間については、高齢者の肺炎球菌予防接種の実施期間と異なりますので、必ず期間内であることを確認してください。

インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症
：令和６年１０月１日から令和７年１月３１日まで
高齢者の肺炎球菌：令和６年４月　１日から令和７年３月31日まで

◎「公害医療手帳」を忘れて来院された方等への対応（※インフルエンザ予防接種のみ）

⇒　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

堺市の公害健康被害補償の対象者の確認については、堺市公害医療手帳のみとなります。（無料受診券の発行はいたしません）。接種日当日に堺市公害医療手帳の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。支払った自己負担金については、堺市保健所の保健医療課（TEL：072-228-7582）で還付することができますので、そちらの窓口をご案内いただきますよう、お願いいたします。

２．接種見合せ分の請求について

（１）同一の対象者につき同月内１回を限度とします。
（２）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。
（３）任意接種として希望される対象者については、請求できません。
（４）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 扶 助 額 (A) － (B)	生活扶助	住宅扶助	教育扶助	合計	本人支払額	その他扶助額
	円	円	円	円	円	円

最低生活費（A）	生活扶助					住宅扶助	教育扶助	合計
	ア 基準額	イ 加算額	ウ介護保険料加算	エ 冬季加算 (11月～3月のみ)	オ期末一時扶助 (12月のみ)			
	円	円	円	円	円	円	円	円

収入充当額（B）	収入額	過払充当額	合計
	円	円	円

扶助額及び保護の種類	生活扶助	住宅扶助	教育扶助	合計（今回の支給額）	本人支払額
月分	円	円	円	円	円
月分	円	円	円	円	円

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。

様式第18号（乙）（第5条関係）

2. 生活保護受給証明書

援第　　－　　　　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　　　－　年　－　月　－　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。

令和　年　月　日

堺市○保健福祉総合センター所長　　印

該当期間内であることを確認してください。

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　〇区　〇〇町×丁×番×号		
指定医療機関名			
傷病名	（１） （２） （３）	診療別	入　院　　歯　科 入院外　　調　剤 訪問看護
		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	

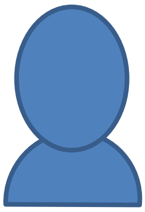
備考　1.　この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとすること。
2.　「指定医療機関名」欄に指定訪問看護事業者の名称を記入する場合には、訪問看護ステーションの名称も併せて記入すること。

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X丁X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、

令和〇年4月1日 から 令和〇年3月31日までとする。

堺市長

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○区○○町
XX－XX

○○○○病院　　　　　　　　　　御中

堺市○保健福祉総合センター所長　印

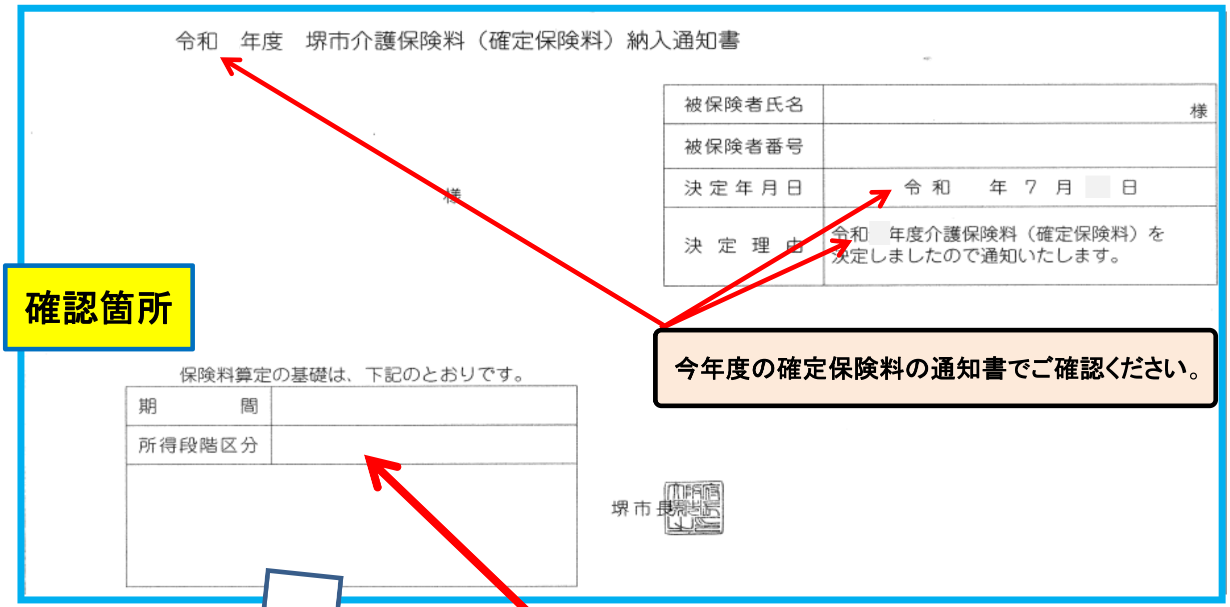
公費負担者番号	XXXXXXXX

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	RO.XX 1日-31日	入院	X,XXX	
XXXXXXX	保健所　花子　昭和21年1月2日　女	RO.XX 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。

様

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

「所得段階区分」を確認してください。

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	

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老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

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

年間保険料額

〇〇 年度に納付する保険料

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	
特	

※

期別保険料

月	変更前の保険料		変更後の保険料		収納済額
	普通徴収	特別徴収	普通徴収	特別徴収	
4月					
1月					
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		

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)	保険料額
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

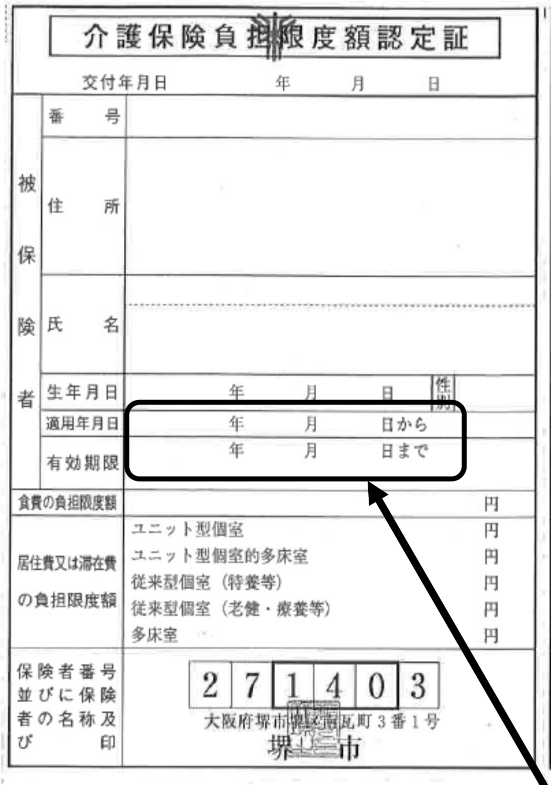
金融機関コード		種目	口座・通帳番号
****	***	*	**********

口座名義人
****

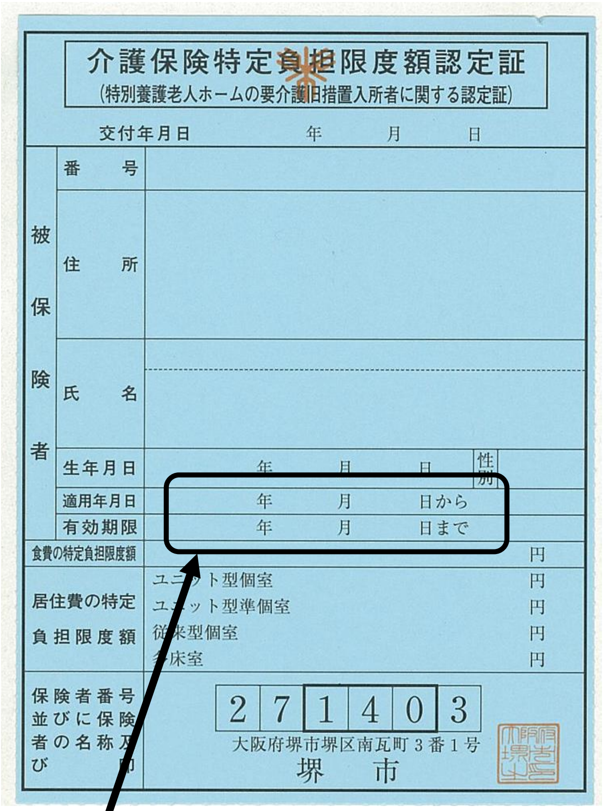
※口座振替をご利用されている場合は、口座・通帳番号の一部を非表示にしています。

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−　−

7. 介護保険負担限度額認定証



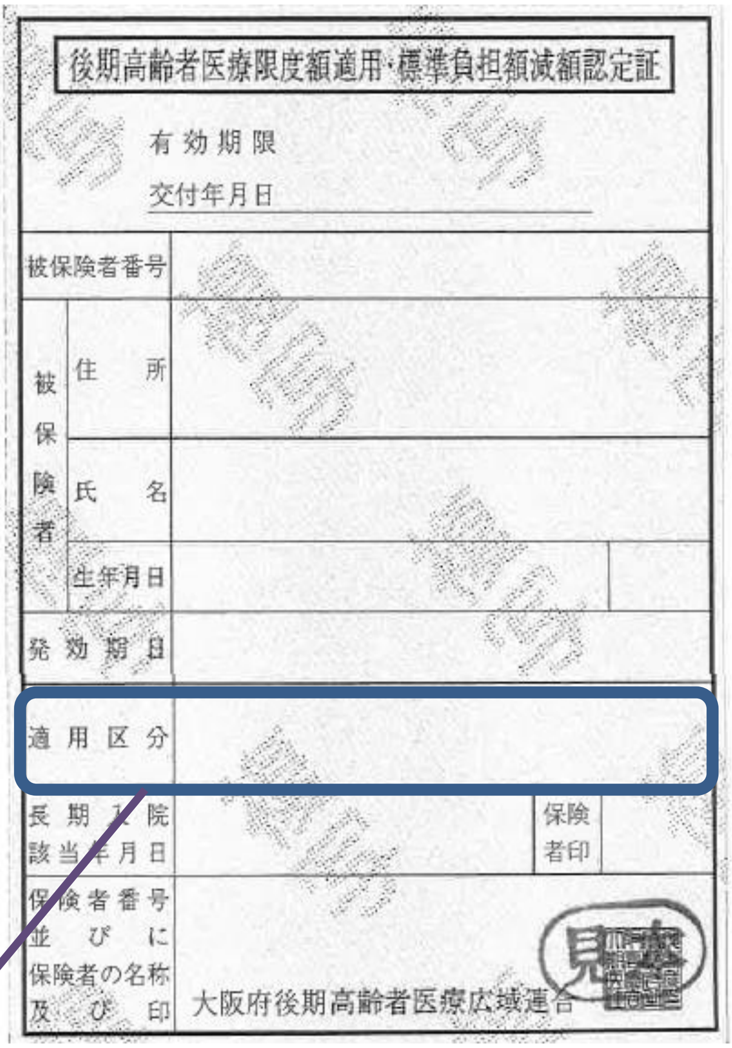
介護保険負担限度額認定証		
交付年月日		年　月　日
被保険者	番号	
	住所	
	氏名	
	生年月日	年　月　日　性別
	適用年月日	年　月　日から
	有効期限	年　月　日まで
食費の負担限度額		円
居住費又は滞在費の負担限度額	ユニット型個室	円
	ユニット型個室的多床室	円
	従来型個室（特養等）	円
	従来型個室（老健・療養等）	円
	多床室	円
保険者番号並びに保険者の名称及び印	271403 大阪府堺市堺区南瓦町３番１号 堺　市	



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旧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	ユニット型個室	円
	ユニット型準個室	円
	従来型個室	円
	多床室	円
保険者番号並びに保険者の名称及び印	271403 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

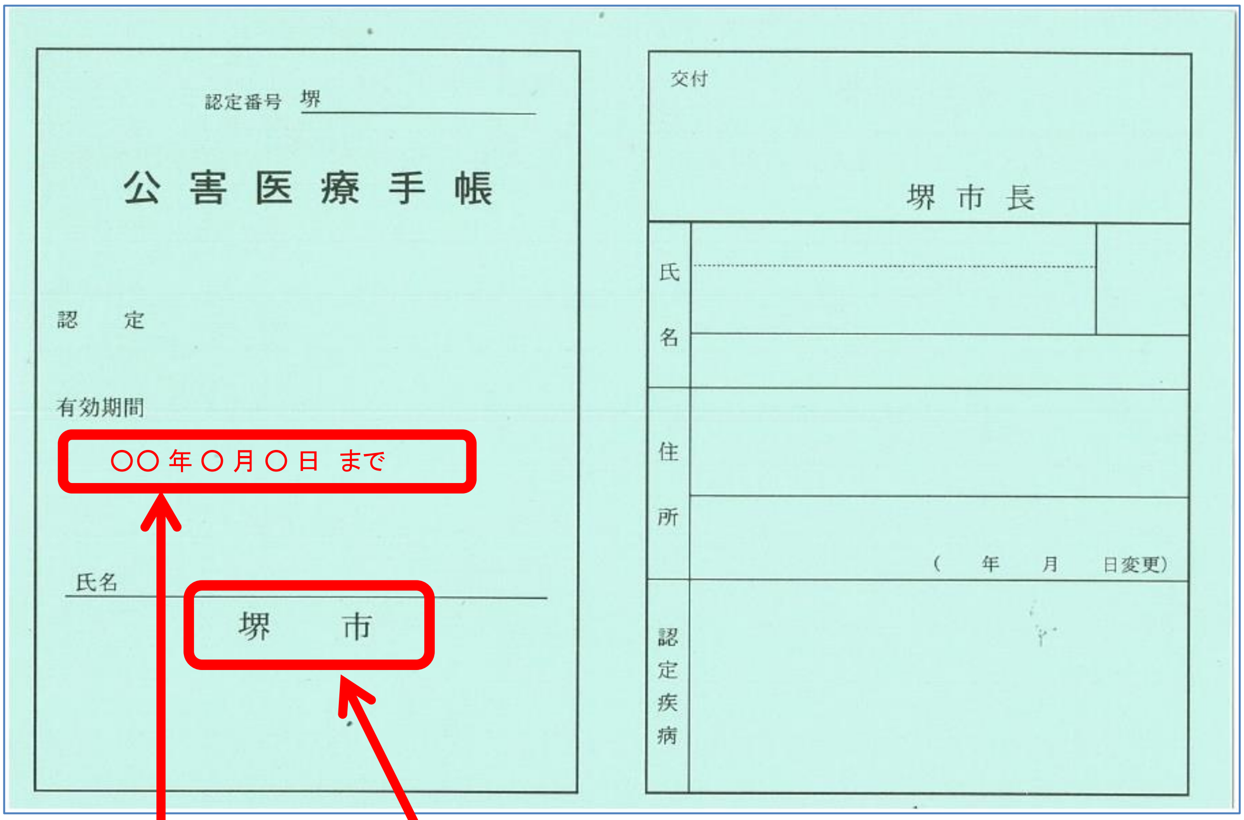
被保険者番号		
被保険者	住所	
	氏名	
	生年月日	
発効期日		
適用区分		
長期入院該当年月日		保険者印
保険者番号並びに保険者の名称及び印	大阪府後期高齢者医療広域連合	

※ 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。
<u>「 現役Ⅱ 」、「 現役Ⅰ 」は自己負担金免除対象外です。</u>

【　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

9. 公害医療手帳



※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、
<u>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</u>です。