

千葉市予防接種自己負担免除実施要領

(趣旨)

第1 この要領は、千葉市が実施する予防接種における、接種費用の自己負担免除のための手続きについて必要な事項を定めるものとする。

(対象接種)

第2 予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づく定期予防接種及び要綱に基づき千葉市が行う予防接種を対象とする。

(対象者)

第3 対象者は、千葉市民であって、接種時点で次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による保護を受けている者。
- (2) 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）の規定による支援給付を受けている者。
- (3) 世帯主及びすべての世帯員が、地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税が課されていない者。

(手続き)

第4 自己負担の免除を受けようとする者は、実施医療機関に、次の各号に掲げるいずれかの書類(接種を受ける日において発行された最新のものを。)を提出するものとする。

- (1) 介護保険料決定通知書又は介護保険料変更通知書に添付されている、介護保険料算定の基礎の写し
- (2) 生活保護受給証明書（接種時点の受給を証明するもの。以下、(3)も同じ。）
- (3) 中国残留邦人等の支援給付受給証明書
- (4) 中国残留邦人等の支援給付の支給が決定されていることを証明する旨の記載のある本人確認証の写し
- (5) 他市からの転入者については、千葉市が指定する年度の1月1日に居住していた市町村が発行する世帯員全員分の非課税証明書の写し及び千葉市が発行する世帯員全員分の住民票の写し

2 前項の書類を紛失し又は有しない者で、自己負担の免除を受けようとする者は、市長に対し、予防接種自己負担免除対象確認申請書兼同意書（様式第1号）を提出するものとする。

3 市長は、前項の申請を受けたときは、前条の要件に該当するか調査し、該当するときは、予防接種自己負担免除対象確認書（様式第2号）を、該当しないときは、予防接種

自己負担確認通知書（様式第3号）を、申請者に交付するものとする。

4 申請者は、前項の確認書を交付された場合は、協力医療機関に当該確認書を提出するものとする。

（免除金額）

第5 第3第1項第1号及び第2号に該当する者については、自己負担の全額を免除するものとする。

2 第3第1項第3号に該当する者については、自己負担の半額を免除するものとする。

（不当利得の返還）

第6 市長は、申請書等の虚偽の記載その他不正行為により自己負担の免除を受けた者があるときは、免除額の全部又は一部をその者から返還させることができる。

附 則

この要領は、令和7年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和7年10月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和8年4月1日から施行する。

（令和8年度における特例）

2 この要領の施行の日から令和9年3月31日までの間においては、第3第1項第3号は「世帯主及びすべての世帯員が、地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税が課されていない者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）の規定による介護保険の第1号保険料の標準段階第1段階から第3段階に該当する者。」と読み替えて対応するものとする。

様式第1号

年 月 日

(あて先) 千葉市長

予防接種自己負担免除対象確認申請書兼同意書

予防接種の自己負担免除対象であることを確認するため、千葉市が、私及び世帯員の、収入・課税状況並びに介護保険に係る所得段階を調査することに同意します。

希望する予防接種 インフルエンザ(標準量ワクチン)・新型コロナ・肺炎球菌・带状疱疹
(接種を希望するワクチンに○。複数可)

| | | |
|------------------|-------------|-----------------------------|
| 申請者 及び 対象者 | 介護保険被保険者証番号 | |
| | ふりがな | |
| | 氏名 | (注)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 |
| | 住所 | 〒 千葉市 区 電話番号 - - |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 |

世帯員(対象者以外で同一世帯の方) (注)各世帯員本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

| ふりがな 氏名 | 生年月日 | 本年1月1日現在の 住所地(市区町村名) |
|------------|-------|-------------------------|
| | 年 月 日 | |
| | 年 月 日 | |

※世帯員が3名以上いる方は、余白に記載してください。

受領の委任

結果(「自己負担免除対象確認書」または「自己負担確認通知書」)について、

どちらかに○

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 私(申請者)の住所地への送付を希望します。 |
| <input type="checkbox"/> | 下記の者へ、受領を委任します。 |
| 受 任 者 | 住所：(〒) |
| | 氏名： |
| | 申請者との続柄： (電話番号：) |
| | (注)受任者が自署しない場合は、記名押印してください。 (注)受任者が施設長等の場合は、「住所」は施設の所在地、「氏名」は受任した施設長等の氏名及び施設名、「申請者との続柄」は施設長(または、施設職員)と記入してください。 |

様式第2号

年 月 日

様

千葉市長

予防接種自己負担免除対象確認書

以下の者について、予防接種自己負担免除対象者であることを確認しました。

| | |
|---------|------|
| 予防接種の種類 | |
| 免除区分 | 半額免除 |

| | | |
|---------------------------|------|-------|
| 免 除 対 象 者 | ふりがな | |
| | 氏 名 | |
| | 住 所 | 千葉市 区 |
| | 生年月日 | 年 月 日 |

本確認書の有効期間

年 月 日から 年 月 日まで

(申請者の方へ)

この確認書を、有効期間内に医療機関に提出し、予防接種を受けてください。

(医療機関の方へ)

予診票にこの確認書を添付して、千葉市医療政策課にご提出ください。

様式第3号

年 月 日

様

千葉市長

予防接種自己負担確認通知書

年 月 日付けで提出のあった「予防接種自己負担免除対象者確認申請書兼同意書」により、以下の対象者及び対象者の世帯員の収入及び課税状況等を調査しましたが、自己負担免除対象者に該当しませんでしたのでお知らせします。

予防接種を受ける際は、医療機関に所定額の自己負担金をお支払ください。

| | |
|---------|--|
| 対象者 | |
| 予防接種の種類 | |
| 自己負担額 | |