

高齢者 インフルエンザ・新型コロナ 予防接種のお知らせ

高齢者がインフルエンザや新型コロナ感染症にかかると、肺炎などを併発し重症化することがあります。福知山市では、予防接種法に基づき高齢者の予防接種を行います。この予防接種は、自らの意思で希望された人に行うもので、接種を強制するものではありません。

定期接種で使用されるワクチンは国で承認されており、有効性と安全性が確認されています。各医療機関で取り扱いワクチンは異なりますので、直接お問い合わせください。確認したいことがあれば、接種前に医師に相談し、理解した上で接種してください。

対象者

接種日時時点で **65歳以上** の福知山市民

(接種期間中に65歳の誕生日を迎えられる人は、誕生日から接種できます)

接種日時時点で **60歳～64歳** の人で、
心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全ウイルスの障害により
身体障害者手帳1級を持っている人 (個別に予診票を送付します)

接種期間・回数

令和7年 **10月1日** (水) から
令和8年 **1月31日** (土) まで

左記期間中に

1人1回



接種費用

インフルエンザ : 1,500円
新型コロナ : 7,500円

費用は医療機関にお支払いください。

無料制度については4ページへ
※必ず事前の申請が必要

接種場所

予診票の裏面をご覧ください。

有料予診票は実施医療機関
や健康医療課窓口にも設置
しています。

接種当日の持ち物

◆本人確認書類

◆予診票

別紙水色…インフルエンザワクチン接種予診票

別紙むらさき色…新型コロナワクチン接種予診票

障害のある人の予防接種を実施します(同時期実施)

対象者：上記対象者以外で、身体障害者手帳1・2級、療育手帳Aのいずれかを
保持する64歳までの市民

※福知山市で手帳を発行された人には個別に予診票を送付します。

他市で手帳を発行された人は申請が必要です。健康医療課にお問い合わせください。

【記入例】

福知山市定期B類予防接種無料申請書

修正液・修正テープの
使用不可

福知山市長 様

私は、福知山市定期B類予防接種の無料制度を受けたいので、下記の事項に同意の上、申請します。
(下記①・②・③をよくお読みの上、□にチェックしてください。)

- ① 申請にあたり、下記の接種希望者及び同一世帯員から、福知山市健康医療課が
予防接種法第二十八条に基づく事務手続を処理するために限って、課税台帳の閲覧、調査、
地方税関係情報について取得することに同意します。
- ② 申請にあたり、令和7年6月1日時点より世帯者及び市民税課税状況に変更はありません。
未申告状態のものについて、今後課税となることはありません。無料接種後、接種日時点にて
課税対象者と判断した場合、接種にかかる自己負担金を福知山市へ支払います。
また、接種希望者及び同一世帯員に、他市町村で市民税課税となっているものはいません。
- ③ 下記の情報を福知山市が関係機関と共有することについて同意します。

年 月 日		申請者 氏 名		(接種希望者との続柄)		
日付の記入		電話番号				
接種希望者	住 所	福知山市 (自治会名:)				
	電話番号	- -				
	フリガナ					
	氏 名	生年月日	年	月	日(満 歳)	
	フリガナ					
	氏 名	生年月日	年	月	日(満 歳)	
フリガナ						
氏 名	生年月日	年	月	日(満 歳)		
申請理由		☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯				
予防接種の種類		☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナ ☐ 带状疱疹				
同一世帯で下記に 当てはまる人 ・16歳以上の人全員	フリガナ		フリガナ			
	氏 名		氏 名			
	フリガナ		フリガナ			
氏 名		氏 名				

申請者の氏名・接種希望者との
続柄、昼間連絡のつきやすい電
話番号を記入してください。

接種希望者の住所・電話番号・
氏名・生年月日・年齢を
記入してください。

どちらか該当する方に
○を付けてください。

希望する予防接種に○を付
けてください。
※高齢者肺炎球菌、带状疱疹
の対象者には個別に予診票を
お送りしています。

16歳以上の同一世帯員の氏名を
すべて記入してください。

申請者以外で、
予防接種を申し込む人がある場合は
委任状に記入してください

が必要になります(御家族の方も必要になります)。

委任状

代理人	住 所	〒				
	氏 名		生年月日	年	月	日

申請者の住所・氏名・生年月日
を記入してください。

福知山市長 様

日付の記入

私は、上記の者を代理人と定め、福知山市定期B類予防接種無料申請の権限を委任します。

委任者	住 所	福知山市				
	氏 名		生年月日	年	月	日
	氏 名		生年月日	年	月	日
氏 名		生年月日	年	月	日	

申請者以外の接種希望者の
住所・氏名・生年月日を記入
してください。

【注】この申請書に記載いただいた個人情報(個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第2条第1
項に規定する個人情報をいう。)は、福知山市定期B類予防接種事業に係る事務に利用します。

福知山市定期B類予防接種無料申請書

福知山市長 様

私は、福知山市定期B類予防接種の無料制度を受けたいので、下記の事項に同意の上、申請します。
(下記①・②・③をよくお読みの上、□にチェックしてください。)

- ① 申請にあたり、下記の接種希望者及び同一世帯員から、福知山市健康医療課が
予防接種法第二十八条に基づく事務手続を処理するために限って、課税台帳の閲覧、調査、
地方税関係情報について取得することに同意します。
- ② 申請にあたり、令和7年6月1日時点より世帯者及び市民税課税状況に変更はありません。
未申告状態のものについて、今後課税となることはありません。無料接種後、接種日時点にて
課税対象者と判断した場合、接種にかかる自己負担金を福知山市へ支払います。
また、接種希望者及び同一世帯員に、他市町村で市民税課税となっているものはいません。
- ③ 下記の情報を福知山市が関係機関と共有することについて同意します。

年 月 日 申請者 氏 名

(接種希望者との続柄)

電話番号

接種希望者	住 所	〒 福知山市 (自治会名:)			
	電話番号	-			
	フリガナ		生年月日	年 月 日(満 歳)	
	氏 名		生年月日	年 月 日(満 歳)	
	フリガナ		生年月日	年 月 日(満 歳)	
	氏 名		生年月日	年 月 日(満 歳)	
	氏 名		生年月日	年 月 日(満 歳)	
申請理由		[]市民税非課税世帯 []生活保護世帯			
予防接種の種類		[]高齢者肺炎球菌 []インフルエンザ []新型コロナ []带状疱疹			
同一世帯で下記に 当てはまる人 ・16歳以上の人全員		フリガナ		フリガナ	
		氏 名		氏 名	
		フリガナ		フリガナ	
		氏 名		氏 名	

* 申請者以外の接種希望者は、下記の委任状が必要になります(御家族の方も必要になります)。

委 任 状

代理人	住 所	〒.		
	氏 名		生年月日	年 月 日

福知山市長 様

私は、上記の者を代理人と定め、福知山市定期B類予防接種無料申請の権限を委任します。

年 月 日

委任者	住 所	福知山市		
	氏 名		生年月日	年 月 日
	氏 名		生年月日	年 月 日
	氏 名		生年月日	年 月 日

【注】 この申請書に記載いただいた個人情報(個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第2条第1項に規定する個人情報をいう。)は、福知山市定期B類予防接種事業に係る事務に利用します。

無料申請手続きについて

無料対象者

・市民税非課税世帯

(所得割・均等割ともに非課税)

窓口・郵便・WEBのいずれかの方法で必ず
接種前に申請してください。

健康医療課の窓口で申請される場合、申請書の記入は不要です。

WEB申請はこちら→



・生活保護世帯

健康医療課までお電話ください。

無料申請の注意事項

- ・接種されてからの払い戻しは出来ません。
- ・市民税非課税世帯について、世帯の中で1人でも課税の人がおられる場合は課税世帯となります。
- ・同一住所にお住まいでも世帯が別の場合は、それぞれ申請が必要になります。
- ・令和7年1月以降に福知山市に転入した場合は、健康医療課までご連絡ください。
- ・接種予定日から余裕をもって申請してください。

窓口・郵便での申請に必要な書類

本人申請の場合

- 1 無料申請書 (3ページ)
- 2 有料予診票
- 3 本人確認書類

※郵送の場合は必ずコピーを同封してください。
(マイナンバーカードは顔写真面のコピーのみ)

接種者が申請者以外にもある場合は

代理申請になります。(家族の分も申請など)

代理申請の場合

- 1 無料申請書 (3ページ)
- 2 有料予診票
- 3 申請者(代理人)の本人確認書類
- 4 接種者(委任者)の本人確認書類
または委任状(申請書の下3分の1)

本人確認書類一覧

マイナンバーカード・運転免許証・資格確認書・年金手帳・
療育手帳・身体障害者手帳・福祉医療受給者証・生活保護受給者証・
介護保険の被保険者証 など

※書類の有効期限にご注意ください。 ※「氏名と生年月日」か「氏名と住所」の記載があるもの

お問合せ・送付先

〒620-8501 福知山市字内記13-1 福知山市役所 健康医療課 (本庁2階)
TEL: 0773-23-2788 FAX: 0773-23-5988

保健福祉センター(支所内)でも申請できます。