免除対象者以外は申請不要です

イ

平成30年度 高齢者等インフルエンザ予防接種 一部負担金免除申請書

■一枚の申請書で、同一世帯の方であれば2名までお申込みできます。
■宇治市にて、下記の内容を確認することに同意します。接種後に一部負担金の免除申請をされても返金できません。

免除申請理由	該当する項目にチェック✓してください（該当しない人は申請できません） □生活保護世帯　□市民税非課税世帯　□中国残留邦人等支援給付世帯				
接種希望者（65歳以上）	ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日	
	①接種者氏名	㊞	年齢	歳	男・女
	ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日	
	②接種者氏名	㊞	年齢	歳	男・女
住民票のある住所	〒　－ 宇治市 電話（　）				
◆上記接種希望者以外の20歳以上の【同一世帯の方】の名前・生年月日を記入してください					
※一部負担金免除には世帯全員の該当が必要です	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）		氏名　㊞ （生年月日　年　月　日）		
代理人氏名	続柄（　）				
送付先	〒　－　※上記住所と違う場合のみ記入してください 電話（　）		送付先　氏名・施設等名称		
医療機関について	宇治市・城陽市・久御山町・京都市伏見区の一部の医療機関以外で接種を希望される場合は、別途手続きが必要となります。詳しくは、健康生きがい課までお問い合わせください。 【℡ 22-3141（代表）】				

●課税状況の確認ができなかった場合は、健康生きがい課より連絡させていただくことがあります。
免除要件の確認ができた場合は、免除者用の予診票を郵送します。（10日間ほどかかります。）保険証等（宇治市民であることがわかるもの）と免除者用の予診票を持参して予約された協力医療機関で接種してください。

＜処理欄＞　※以下記入不要

同時申請

免除○	生保	非課税	中国残留

免除×	接種者①	接種者②	世帯員

入力日	発送日
／	／

接種者①

かがみ	予・済・説	年齢	送付先注意

接種者②

かがみ	予・済・説	年齢	送付先注意

確認①	確認②