

60歳～64歳用

【提出先 宇治市】

### 令和4年度 高齢者等インフルエンザ予防接種申請書

項目(1) 申請者は全て記入してください。

対象者	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓、もしくは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に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する人。(主治医が上記に該当すると判断した人のみ) ※申請されても主治医が上記に該当と判断しなかった場合は定期接種の対象とはなりません。		
該当する症状に○	1. 心臓の機能障害    2. 腎臓の機能障害    3. 呼吸器の機能障害 4. ヒト免疫ウイルスによる免疫機能障害		
治療中の医療機関			
ふりがな			
接種者氏名	生年月日	年	月 ( 日 歳)
代理人氏名	続柄( ) 電話( )		
住民票のある住所	〒 - 宇治市	電話( )	
送付先住所・氏名等	〒 - ※上記住所と違う場合のみ記入してください (氏名・施設名) 電話( )		

項目(2) 一部負担金免除を申請する方のみ記入してください。

免除申請理由	該当する項目に✓印をしてください <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付世帯		
同意欄 (記名・押印をしてください)			
上記のとおり申請します。なお、免除申請理由の確認に際し、受診者及び受診者の世帯に係る課税状況及び生活保護・中国残留邦人等支援の給付状況に関する調査を市長が行うことについて同意します。			
			<b>必須</b>
宇治市長あて    年    月    日    氏名			(印) 続柄( )

項目(3) 協力医療機関以外での接種を希望する方のみ記入してください。

医療機関(施設)名			
医療機関(施設)住所	京都府 _____ 市・町・村	京都市 _____ 区	
※京都府外で接種希望される場合は、「健康づくり推進課」にお問い合わせください。			

※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。

〈処理欄〉以下、記入不要

	生保	非課税	中国残留
免除□			

	本人	世帯員
免除☑		

入力日	発送日
/	/

送付

かがみ	予・済・説	年齢	送付先注意

確認①	確認②