令和４年度　高齢者等インフルエンザ予防接種申請書

イ

（注）本申請書の提出が必要な方は、以下の方です。
①協力医療機関で接種し、かつ一部負担金免除を申請する場合・・・・・項目(1)(2)を記入
②協力医療機関以外の京都府にある医療機関で接種する場合（**一部負担金免除申請なし**）
・・・・・項目(1)(3)を記入
③協力医療機関以外の京都府にある医療機関で接種する場合（**一部負担金免除申請あり**）
・・・・・項目(1)(2)(3)を記入

項目(1)　申請者は全て記入してください。

接種希望者(65歳以上)　（1枚の申請書で同一世帯の方2人まで申し込み出来ます）			
ふりがな ①被接種者氏名		生年月日	年　月　日
ふりがな ②被接種者氏名		生年月日	年　月　日
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 電話（　） （氏名・施設名）		

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 □ 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

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。

必須

宇治市長あて　令和　年　月　日　氏名　㊞　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。

医療機関名	
医療機関住所	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。

(下欄は健康づくり推進課にて記入します)

同時申請

免除□	生保	非課税	中国残留

免除図	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