

令和6年度 高齢者等インフルエンザ・新型コロナ予防接種申請書

(注) 本申請書の提出が必要な方は、次の①②に該当する方です。
 ①一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・・・項目(1)(3)を記入
 ※宇治市・城陽市・久御山町・伏見区の一部

項目(1) 申請者は全て記入してください。(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)

接種希望者(65歳以上)			
接種希望種別① (□に✓印)	<input type="checkbox"/> 両方	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症
ふりがな①			生年 月 日
接種者氏名①			年 月 日
接種希望種別② (□に✓印)	<input type="checkbox"/> 両方	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症
ふりがな②			生年 月 日
接種者氏名②			年 月 日
住民票のある住所	〒 宇治市		電話番号 ()
送付先住所・氏名	〒 ※上記住所と違う場合のみ記入してください		

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。			
宇治市長あて			(必須)
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)

2名申請	免除申請有	接種医療機関			一般	送付	※接種先が広域の場合のみ		一般予診票	広域用	入力日	発送日
		協力	広域									
片方申請	免除□	生保	非課税	中国残留	免除△	接種者①	接種者②	世帯員				
両方申請	送付先注意	送付	送付	無料予診票	協力	広域	非該当通知文書	理由 ・課税有 ・未申告	備考欄	確認①	確認②	