

■接種後に自己負担金の免除申請をされても返金できません。

■組み換えワクチンを2回接種する場合、2か月以上の期間を空ける必要がありますので、余裕をもって申請してください。（接種期限：令和8年3月31日まで）

（注）本申請書の提出が必要な方は、次の①もしくは②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)(3)を記入

②免除対象外で協力医療機関（別紙一覧参照）以外の医療機関で接種する場合・・・項目(1)(3)を記入

項目（1） 申請者は全て記入してください。

ふりがな		生年	年 月 日
接種者氏名		月 日	
住民票のある住所	〒 電話番号（ ） 宇治市		
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		
	☐ 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。			
宇治市長あて			
年 月 日 氏名			
必須 印 続柄（ ）			

項目（3） 接種予定の医療機関について記入してください。

医療機関	☐ 協力医療機関（下記住所不要）	☐ それ以外（名称： ）
医療機関住所		
京都府外・京都府内の一部の医療機関については、「予防接種実施依頼書」等書類一式をお送りします。		
※接種費用は全額立替払になりますので、後日、料金払い戻しのお手続きが必要です。		

添付書類

・郵送で個別案内が届いた方は、「令和7年度带状疱疹予防接種予診票 2通」

※間違い接種防止のため、回収させていただきます。紛失された場合は添付不要です。

【申請方法】

本紙を宇治市役所健康づくり推進課窓口に申請
もしくは各行政サービスコーナー・コミュニティワークこはた館・うじ館へ
郵送による申請も可能です。

[持ち物] ①本申請書（押印箇所あり）
②ご本人確認書類（マイナンバーカード等）
③お持ちの方は、「令和7年度带状疱疹予防接種予診票」2通
※間違い接種防止のため、ご返却ください。紛失された場合は不要です。

[郵送先] 〒611-8501
宇治市宇治琵琶33番地 宇治市役所 健康づくり推進課宛
☎（0774）20-8793（直通）

なお、下記の生年月日に該当されない方については、令和7年度は対象外となります。
そのため、申請を受付することができませんので、ご注意ください。

年度末年齢	生年月日
65 歳	昭和 35（1960）年 4 月 2 日～昭和 36（1961）年 4 月 1 日
70 歳	昭和 30（1955）年 4 月 2 日～昭和 31（1956）年 4 月 1 日
75 歳	昭和 25（1950）年 4 月 2 日～昭和 26（1951）年 4 月 1 日
80 歳	昭和 20（1945）年 4 月 2 日～昭和 21（1946）年 4 月 1 日
85 歳	昭和 15（1940）年 4 月 2 日～昭和 16（1941）年 4 月 1 日
90 歳	昭和 10（1935）年 4 月 2 日～昭和 11（1936）年 4 月 1 日
95 歳	昭和 5（1930）年 4 月 2 日～昭和 6（1931）年 4 月 1 日
100 歳	大正 14（1925）年 4 月 2 日～大正 15（1926）年 4 月 1 日
101 歳以上 （令和 7 年度のみ）	大正 14（1925）年 4 月 1 日以前に生まれた人

＜処理欄＞ ※以下記入不要

協力		広域				依頼書		
印	入力日	免除 ○	生保	非課税	中国残留	免除 ×	本人課税	家族課税
	/							
	発送日	発送物	かがみ	予診票	記録証	年齢	送付先注意	
	/							