

60歳～64歳用

【提出先 宇治市】

令和8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

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. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害		
希望する 予防接種に○	両方 ・ インフルエンザ ・ 新型コロナ		
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は記入・押印をしてください。

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 (記名をしてください)			
免除申請を上記の理由のとおり申請します。なお、免除申請理由の確認に際し、被接種者及び被接種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 本人氏名(自署) _____			
※本人が記入できない場合 ⇒ 代筆者 _____ 続柄 家族・施設職員・その他()			

項目(3) 接種予定の医療機関について記入してください。

接種予定の 医療機関	☐ 協力医療機関 ☐ その他	名称 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。		

※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。

(健康づくり推進課処理欄)以下、記入不要

対象者	接種医療機関 協力 広域		一般	※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
片方申請 インフル or コロナ	免除申請 有	生保 非課税 中国残留	送付	免除因	接種者① 接種者② 世帯員	/	/
両方申請	送付先注意	無料 予診票	送付	理由 ・ 課税有 ・ 未申告	備考欄	確認者①	確認者②