

## 高齢者新型コロナウイルス感染症・インフルエンザ予防接種申込書兼同意書

上記予防接種にあたり、下記理由に該当するため申し込みます。また、必要な事項について調査されることに同意します。

対象（該当する項目、全てに☑を入れてください）

申請理由	<input type="checkbox"/> 令和7年度 世帯全員 が市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯・中国残 留邦人等支援給付世帯	<input type="checkbox"/> 市外医療機関で接種 を受ける人	<input type="checkbox"/> 満60～64歳で 上記条件に該当する人
希望する 予防接種	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <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 <input type="checkbox"/> インフルエンザ	
接種者 氏名				
生年月日	大正・昭和 年 月 日		大正・昭和 年 月 日	
住所	京田辺市			
電話番号				
接種医療 機関など	<input type="checkbox"/> 京田辺市内の医療機関		<input type="checkbox"/> 京田辺市内の医療機関	
	<input type="checkbox"/> 京田辺市外の医療機関 ・ 医療機関名 ( ) ・ 所在地 （ ）都道府県 （ ）市区町村 ・ 電話番号 ( ) -		<input type="checkbox"/> 京田辺市外の医療機関 ・ 医療機関名 ( ) ・ 所在地 （ ）都道府県 （ ）市区町村 ・ 電話番号 ( ) -	

※予診票などの送付先は、住民票の住所になります。送付先変更を希望する人は、下記にも記入してください。  
なお、病院・施設への送付を希望する場合は、必ず事前に病院・施設に了承を得てください。

送付希望先 住所	〒 — 様方	〒 — 様方
電話番号		
変更理由・備考		