

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 checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 | <input checked="" 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"/> 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 | 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（ ）－ |
| | ※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 | | |