

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。

申請理由	☐ 令和8年度世帯全員が市民税非課税世帯	☐ 生活保護世帯・中国残留邦人等支援給付世帯	☐ 市外医療機関で接種を受ける人	☐ 満60～64歳で上記条件に該当する人
希望する予防接種	☐ 新型コロナウイルス感染症		☐ 新型コロナウイルス感染症	
	☐ インフルエンザ		☐ 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	☐ 京田辺市内の医療機関		☐ 京田辺市内の医療機関	
	☐ 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（ ） －		☐ 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	〒 ー 様方		〒 ー 様方	
電話番号				
変更理由・備考				