



**これは予診票ではありません！
この用紙では予防接種は受けられません！**

別記様式第1号（第4条関係）

令和 年 月 日

京丹後市長 様

※申請者(接種希望者)の本人確認書類を持参してください。

申請者 (接種希望者)	住所 京丹後市 氏名 電話番号
----------------	-----------------------

京丹後市非課税世帯高齢者インフルエンザ予防接種申請書

京丹後市非課税世帯高齢者インフルエンザ予防接種を受けたいので、下記のとおり申請します。

① 接種希望者	※申請者及び申請者と同一世帯の者のみに限る。		
(1)	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		大正 年 月 日 昭和 (満 歳)
(2)	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		大正 年 月 日 昭和 (満 歳)

② 確認事項	※必ず確認していただき、チェック欄(□)に『✓』をお願いします。	
	接種希望者の全員が、京丹後市非課税世帯高齢者インフルエンザ予防接種制度の要件に該当します。	
	私及び私の「世帯」の住民税課税状況に関する情報を京丹後市が確認することに同意します。	

③ 書類送付先	※申請者(接種希望者)以外に送付希望の場合は記入下さい。		
住 所	☐ 申請者と同じ	〒	
フリガナ		日中連絡先	
氏 名			

【事務処理欄】記入不要

本人確認書類	判定結果
☐ 個人番号カード、 ☐ 運転免許証	☐ 決定 ☐ 不決定
☐ 健康保険証、 ☐ 介護保険証、 ☐ パスポート	判定処理日
☐ その他 ()	年 月 日