

令和7年度 新型コロナウイルスワクチン接種

高齢者インフルエンザ予防接種申込書兼同意書

下記に○をした予防接種を申し込むと同時に接種費用の一部負担金に関する事項について調査されることに同意します。

※接種費用の一部負担金は世帯の町民税課税状況により金額を決定しますので、課税調査が必要です。

記入日:令和 年 月 日

① 希望する ワクチンに○ をつけてくだ さい	新型コロナワクチン接種			高齢者インフルエンザ予防接種		
② 接種を受け る方の氏名	フリガナ	③ 性 別	男 ・ 女	④ 生 年 月 日	大 正 ・ 昭 和 年 月 日 (満 歳)	
⑤ 住民登録の 住所	〒					
⑥ 電話番号	(日中の連絡先)					
⑦ 接種予定日	・ 新 型 コ ロ ナ (令和 年 月 日 予約済) ・ 未 定 ・ インフルエンザ (令和 年 月 日 予約済) ・ 未 定					
⑧ 現住所	住民登録と異なる場合は記入してください。					
⑨ 予防接種 医療機関	※必ずご記入ください。 (医療機関名) (市 町)					
⑩ 予診票の 送り先	該当する方に○をつけてください。 ⑤ 住民登録の住所 ⑧ 現住所		その他の住所と宛名 〒 -			

太枠内をもれなく記入し、下記に郵送にてお申し込みください。受付終了後、予診票を送付いたします。

【宛先】 〒610-0302 京都府綴喜郡井手町井手橋ノ本13

井手町保健センター

電話 0774-82-3385

センター 記入欄	受付印	受け付け方法	処理日
		来所・郵送・その他	