

八幡市長 様

# 高齢者インフルエンザ予防接種 申込書

## 高齢者新型コロナ予防接種

私は、高齢者インフルエンザ予防接種、高齢者新型コロナ予防接種に係る事務処理のために、八幡市が接種対象者及び世帯員に係る税情報及び生活保護の給付状況に関する調査をされることに同意します。

|                            |               |                                                                                                                                                                                      |      |           |     |
|----------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|-----|
| 被<br>接<br>種<br>者           | フリガナ          |                                                                                                                                                                                      | 生年月日 | 大正・昭和     |     |
|                            | 氏 名           |                                                                                                                                                                                      |      | 年 月 日( 歳) |     |
|                            | 住民票登録の<br>住 所 | 八幡市                                                                                                                                                                                  |      |           |     |
|                            | 電 話 番 号       | (連絡のつく電話番号)                                                                                                                                                                          |      |           |     |
|                            | 住 民 票 登 録     | 令和8年1月1日時点で、八幡市に住民票登録がありましたか？<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(市民税非課税世帯を確認できる書類が必要)                                                                       |      |           |     |
|                            | 申 込 理 由       | ※該当する全ての項目の□にチェック✓してください<br><input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者<br><input type="checkbox"/> 八幡市外または、八幡市協力医療機関以外で接種 <input type="checkbox"/> 紛失等による再発行 |      |           |     |
| 希望予防接種                     |               | ※接種希望される項目の□にチェック✓してください<br><input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナ                                                                                    |      |           |     |
| ご家族等代理人が申請する場合は以下にご記入ください  |               |                                                                                                                                                                                      |      |           |     |
| 申<br>請<br>代<br>理<br>人      | 氏 名           |                                                                                                                                                                                      | 電 話  |           |     |
|                            | 住 所           | 〒 —                                                                                                                                                                                  |      |           | 続 柄 |
| 送 付 先                      |               | <input type="checkbox"/> 被接種者と同じ <input type="checkbox"/> 申請代理人と同じ <input type="checkbox"/> 送付先設定住所(健康推進課に設定済の場合)<br>その他の送付先をご希望の場合、以下にご記入ください。<br>(入所先施設の場合は施設名も記入してください)<br>〒 — 様方 |      |           |     |
| 接<br>種<br>医<br>療<br>機<br>関 | 医 療 機 関 名     | インフルエンザ                                                                                                                                                                              |      | 新型コロナ     |     |
|                            | 医療機関住所        | 市町 村 区                                                                                                                                                                               |      | 市町 村 区    |     |

### 職員確認欄

| 職員<br>記入欄 | 受付日  | 受付者                  | 対象年齢                |                      |  | 発行書類              |                   | 予診票扱い     |           | システム<br>編集日 |
|-----------|------|----------------------|---------------------|----------------------|--|-------------------|-------------------|-----------|-----------|-------------|
|           | ／    |                      | 65歳以上               | 60～64歳手帳1級<br>(内部疾患) |  | インフル              | コロナ               | インフル      | コロナ       |             |
|           |      |                      |                     |                      |  | 市内H<br>市内S        | 市内H<br>市内S        | 渡済        | 渡済        |             |
|           | 確認方法 |                      |                     |                      |  | 広域K<br>広域H<br>広域S | 広域K<br>広域H<br>広域S | 郵送        | 郵送        |             |
|           | 住 基  | 介護保険保険料<br>・負担限度額 写し | 後期高齢者医療<br>資格確認証 写し | その他<br>( )           |  |                   |                   | 住民票<br>住所 | 住民票<br>住所 | システム<br>入力者 |
|           | 確認結果 |                      | 税確認者                |                      |  | 他市K<br>他市H<br>他市S | 他市K<br>他市H<br>他市S | 別住所       | 別住所       |             |