

八幡市長 様

高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種
高齢者インフルエンザ予防接種 申込書

私は高齢者新型コロナウイルス感染症予防接、高齢者インフルエンザ予防接種、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 接 種 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6年1月1日時点で、八幡市に住民票登録がありましたか？ ☐ はい ☐ 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 ☐ 生活保護受給者 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 八幡市外または、八幡市協力医療機関以外で接種 ☐ 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 ☐ 高齢者新型コロナウイルス感染症 ☐ 高齢者インフルエンザ				
申 請 者	本人	☐ 被接種者本人				
	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					
	代理人	氏名		電話		
		住所	〒 —		続柄	
送付先		☐ 被接種者と同じ ☐ 申請者と同じ その他の送付先をご希望の場合、以下にご記入ください 〒 — 様方				
接種医療機関	医療機関名	新型コロナ		インフルエンザ		
	医療機関住所	市町 村 区		市町 村 区		

以下職員記入欄

職 員 記 入 欄	受付日	受付者	対象年齢		予診票		発行書類		システム編集日
	／		65歳以上	60～64歳 手帳1級	インフル	コロナ	コロナ	インフル	／
					窓口	窓口			
			郵送	郵送	市内H 広域K 広域H 他市K 他市H	市内H 広域K 広域H 他市K 他市H			
			確 認 方 法				システム 入力者		
			住基	介護保険 保険料・負担限度額				後期高齢 標準負担限度額	
確 認 結 果				税 確 認 者					
非課税	生保	未申告	課税						