

令和8年度 高齢者インフルエンザ・新型コロナ 無料接種券交付申請書兼同意書

(あて先) 枚方市長

下記の事由により枚方市定期予防接種にかかる費用の免除を申請し、課税状況等を確認することに同意します。

太枠内を漏れなく記入してください。

(申請日) 令和 年 月 日

被接種者	住 所	枚方市		
	フリガナ		電話番号 (携帯電話可)	
	氏 名			
	生年月日	大 ・ 昭 年 月 日	年 齢	歳
申請事由 該当する事由 の番号を記入 してください 		1. 生活保護受給者	[接種医療機関名] ・ 未定 ・ 枚方市取扱医療機関以外では使用できません。 ・ 市外で接種する場合は別途、事前手続が必要となるため、コールセンターにご連絡ください。	
2. 市民税非課税世帯				
3. 中国残留邦人等支援給付者				

※ 申請にあたり、生活保護や市民税課税状況を確認いたします。令和8年に枚方市に転入した人や中国残留邦人等支援給付者は、証明書の提出をお願いする場合がありますのでご了承ください。

希望する予防接種の種類を選択してください。

☑ 欄	種 目	対 象
☐	両方(インフルエンザ・新型コロナ)	接種日時時点で枚方市に住民票がある ① 満 65 歳以上の人 ② 満 60 歳以上 65 歳未満で、心臓、腎臓、呼吸器の機能障害またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害があり内部障害 1 級の身体障害者手帳保持者(※ 1)、または主治医により同程度以上の障害であることの意見書の交付を受けた人(※ 2) (※ 1 は身体障害者手帳、※ 2 は意見書の添付が必要です。)
☐	インフルエンザ	
☐	新型コロナ	

予防接種を受ける人と申請者が異なる場合のみ記入してください。

申請者	住 所	〒	事業所の場合は事業所名
	フリガナ		
	氏 名	(続柄)	

無料接種券の送付先に申請者住所を希望する場合は☐に✓をお願いします。