

実施期間：令和8年10月1日（木）～令和9年1月30日（土）
 実施期間外の接種は助成対象外ですのでご注意ください！

=令和8年度= 高齢者インフルエンザ予防接種申込書

ふりがな 氏 名	
生年月日	大正・昭和 年 月 日（満 歳） 男 女
住 所	宇治田原町
書類送付先が上記と異なる場合の住所	
電話番号	—
医療機関	接種を希望する医療機関・入所施設 町内・町外（ ）
右記について 該当がある方	□満60歳以上65歳未満の方で、心臓、腎臓 または呼吸器の機能及びヒト免疫不全ウィ ルスにより免疫の機能に障がいのある方
自己負担金 免除申請	自己負担金の免除申請をされる方は記入してく ださい。 自己負担金免除に関する調査同意 □住民税非課税世帯 □生活保護世帯 上記の状況調査を了承します。 令和 年 月 日 氏名

※以下は記入しないでください。

・名簿チェック□ ・医療機関：委託 ・委託外 ・自己負担金：1,500円 ・無料

実施期間：令和8年10月1日（木）～令和9年1月30日（土）
 実施期間外の接種は助成対象外ですのでご注意ください！

=令和8年度= 高齢者インフルエンザ予防接種申込書

ふりがな 氏 名	
生年月日	大正・昭和 年 月 日（満 歳） 男 女
住 所	宇治田原町
書類送付先が上記と異なる場合の住所	
電話番号	—
医療機関	接種を希望する医療機関・入所施設 町内・町外（ ）
右記について 該当がある方	□満60歳以上65歳未満の方で、心臓、腎臓 または呼吸器の機能及びヒト免疫不全ウィ ルスにより免疫の機能に障がいのある方
自己負担金 免除申請	自己負担金の免除申請をされる方は記入してく ださい。 自己負担金免除に関する調査同意 □住民税非課税世帯 □生活保護世帯 上記の状況調査を了承します。 令和 年 月 日 氏名

※以下は記入しないでください。

・名簿チェック□ ・医療機関：委託 ・委託外 ・自己負担金：1,500円 ・無料

切り取り