

(あて先) 京都市長

年 月 日記入

※ 被接種者ご本人の所得が125万円超の場合は、手続対象外となります。

※ 被接種者ご本人が該当する区分に○を付けてください。

(市民税非課税 ・ 生活保護等受給 ・ その他の区分)

高齢者インフルエンザ予防接種 自己負担区分証明申請書 郵送申請用

被接種者 (接種を受ける方)	フリガナ 氏名				
	生年月日	西暦・明治・大正・昭和	年	月	日 (歳)
	住所	京都市 () 区			
	電話番号				

申請者 *上記の方と同じ 場合は記入不要	フリガナ 氏名				被接種者との関係
	生年月日	西暦・大正・昭和・平成	年	月	日 (歳)
	住所	京都市 () 区			
	電話番号				

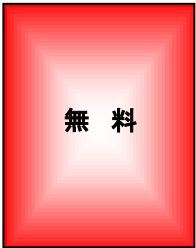
以上のとおり、高齢者インフルエンザ予防接種料金の自己負担区分証明について申請します。

なお、この事務処理にあたって、京都市が接種対象者の市民税及び所得状況等を確認することについて同意します。

※ 申請者の方が同居の親族でない場合は、接種を受ける方ご本人からの委任状を添付してください。

注) この申請書は、申請年の1月1日時点で京都市に住居登録されている方がご利用可能です。
 1月2日以降に京都市に転入された方又は「予防接種実施依頼書」に基づく接種を希望される方は、当該市町村が発行する課税証明書又は所得証明書を添えて申請してください。

----- 以下京都市処理欄 (何も記入しないでください) -----

処理年月日	年 月 日	確認者 (決裁欄)	課長	課長補佐・係長	担当	
所得状況 (負担額)	<input type="checkbox"/> 市民税非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等 支援給付者					市 民 税 課 税
			<input type="checkbox"/> 100万円以下 (所得金額.....) ⇒	料金 1,000 円		
		<input type="checkbox"/> 100万超～125万以下 (所得金額.....) ⇒	料金 1,500 円			
		<input type="checkbox"/> 125万超 (所得金額.....) ⇒	料金 2,000 円 (手続対象外)			

_____年 _____月 _____日申請

高齢者インフルエンザ予防接種 自己負担区分証明書 (兼予防接種券)

被接種者 (接種を受ける方)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	西暦・明治・大正・昭和 _____年 _____月 _____日 (_____歳)
	住所	京都市 (_____) 区
	電話番号	

上記の者について、接種料金の自己負担金を下記のとおりとします。
(有効期間：当該年度の1月31日まで)

円

京都市確認・発行日(確認印のないものは無効です)

㊟

- 接種される方はこの証明書を京都市予防接種協力医療機関に提出し、自己負担金をお支払いください。
 - 接種は、国が定める対象者基準(※)を満たし、接種医に接種可と判断された方が受けることができます。
- (※) 65歳以上の京都市民、又は60歳以上65歳未満の者であって心臓、腎臓、呼吸器等の機能障害(身障1級程度)を有する方

医療機関 記入欄	接種年月日	接種医療機関
	_____年 _____月 _____日	所在地 名称 医師名

㊟