

綾部市 高齢者予防接種 自己負担金免除申請書

令和 年 月 日

綾部市長様

令和7年度の高齢者予防接種自己負担金免除のため、接種希望者及びその世帯員の課税状況について、市保健推進課が課税台帳を閲覧することに同意します。また、以上については、接種希望者世帯全員の承諾を得ています。

| | | | | |
|---------|------------------------------|-------------------------|--------------|----------|
| 接種希望者本人 | | | | |
| 住 所 | 〒 綾部市 <div>(電話)</div> | | | |
| フリガナ | | 生 年 月 日 | 予 防 接 種 名 | 接種予定医療機関 |
| 氏 名 | Ⓜ | 大正 昭和 年 月 日 (満 歳) | 带状疱疹 肺炎球菌 | |
| フリガナ | | 生 年 月 日 | 予 防 接 種 名 | 接種予定医療機関 |
| 氏 名 | Ⓜ | 大正 昭和 年 月 日 (満 歳) | 带状疱疹 肺炎球菌 | |
| フリガナ | | 生 年 月 日 | 予 防 接 種 名 | 接種予定医療機関 |
| 氏 名 | Ⓜ | 大正 昭和 年 月 日 (満 歳) | 带状疱疹 肺炎球菌 | |

送付先が、上記住所と異なる場合は記入してください。
(申請結果は、原則として住民票のある住所地へ郵送します)

| | |
|----------------|---|
| 送付先住所 | 〒 |
| 送 付 先 氏名・名称 | |

※代理人（接種希望者以外の親族、法定代理人、施設職員等）が申請する場合は以下に記入してください。

委任状

この申請に関する一切の手続きを下記の者に委任します。

| | | | | |
|----------------------------|-------------|-----------------|--------------------|--|
| 代理人 (手続きを代行 する人) | 住 所 電話番号 | 〒 電話 () | | |
| | 氏 名 | 接種希望者 との関係 | 家 族 () その他 () | |

確認した課税状況は適正に管理し、目的以外に使用することはいたしません。