

予防接種無料予診票発行 申請書 兼 委任状

水巻町長 様

高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌の予防接種に当たり、無料予診票の発行を申請します。

申請日 年 月 日

申請者	氏名	続柄 ()												
	住所									電話				
	施設名 (施設代理者のみ)													
予防接種を受けようとする人	同意欄	<input type="checkbox"/> 申請に係る年度の生活保護の受給状況、市町村民税の課税状況、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の支援給付の受給状況を確認することに同意します。												
	委任欄 *	<input type="checkbox"/> 申請の手続き並びに予診票の交付及び受領の権限を、申請者に委任します。												
	住所 *	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 水巻町								電話	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	氏名 * (委任者)	ふりがな								接種区分	<input type="checkbox"/> インフルエンザ			
	予防接種を受ける医療機関										<input type="checkbox"/> 肺炎球菌			
	生年月日	年	月	日	個人番号									
世帯状況	同意欄	<input type="checkbox"/> 申請に係る年度の生活保護の受給状況、市町村民税の課税状況、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の支援給付の受給状況を確認することに同意します。												
	氏名	続柄	生年月日				個人番号							
			年 月 日											
			年 月 日											
			年 月 日											

- 【注】 1 個人番号は、この申請に必要な業務を処理する範囲で利用します。
 2 *の欄は、予防接種を受けようとする人が申請者と同一人の場合、記入は不要です。

(生・非・未・課) 確認日: / 確認者:

窓口確認用 受付担当者 ()

1 マイナンバー確認 マイナンバーカード 通知カード (マイナンバー付き住民票) 電算確認

2 届出人 本人・保護者 代理人

3 本人確認書類 (1点可) ※写真付き マイナンバーカード 運転免許証 パスポート 他 (2点以上) 通知カード (住民票) 保険証 児童扶養手当証書 その他 ()