

高齢者インフルエンザ予防接種個人負担金免除申請書

令和 年 月 日

武豊町長 殿

高齢者インフルエンザ予防接種個人負担金の免除を申請します。

なお、免除証明書交付のため、地方税確認書類等を確認されることに同意します。

どなたの証明書 が必要ですか (被接種者)	住 所	〒 ー 武豊町		
	フリガナ		生年月日	大正 年 月 日 昭和 (満 歳)
	氏 名			
	電話番号	() ー		
窓口に来た方 (申請者) 運転免許証などの 本人確認書類を ご提示ください	住 所	<input type="checkbox"/> 上記と同じ 〒 ー		
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 上記と同じ	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 上記と同じ ()
	氏 名			ー
	予防接種者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他()		
免 除 の 理 由	該当するものに☑をして下さい <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
免 除 証 明 の 送 付 先	該当するものに☑をして下さい <input type="checkbox"/> 被接種者住所へ送付する <input type="checkbox"/> 申請者住所へ送付する <input type="checkbox"/> その他(送付先住所、氏名等をご記入ください)			

※職員記入欄

申請受理 年月日	年 月 日 (住基確 認) 〔世帯番号： 〕	受付No.	受付者
申請者の本人 確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()		

委任状

武豊町長 様

令和 年 月 日

代理人	住所	
	フリガナ	
	名前	
	生年月日	
委任事項	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種個人負担金免除申請書 <input type="checkbox"/> その他 ()	

私は上記のものを代理人として申請の権限を委任します。

委任者	住所	
	フリガナ	
	名前	
	生年月日	

※この委任状は委任者本人が記入してください。