

## 高齢者インフルエンザ予防接種自己負担免除券交付申請書

年 月 日

函 館 市 長 様

高齢者インフルエンザ予防接種自己負担免除券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

接種希望者	住 所	函館市 町 丁目 番 号(アパート名等 )					
	ふりがな				性別	生年月日(年齢)	
	氏 名				男・女	明 大 昭	年 月 日 ( 歳)
	個人番号 ※	□□□□	□□□□	□□□□	電 話		
同意欄	<input type="checkbox"/>	行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づき、同法第7条の個人番号(マイナンバー)を住民基本台帳から確認することに同意します。					
	<input type="checkbox"/>	この申請に係る私および私と同一の世帯に属する者の課税状況および生活保護の受給状況について、函館市の住民基本台帳および税務資料その他の公簿等により調査することに同意します。					
申請者  <input type="checkbox"/> 本人の場合	住 所	函館市 町 丁目 番 号					
	氏 名						
	接種希望者との関係(続柄)						
	連絡先電話番号						

## 委 任 状

年 月 日

委 任 者 住所 函館市 町 丁目 番 号

(接種希望者)

氏名

印

私は、次の者を代理人として、高齢者インフルエンザ予防接種自己負担免除券交付申請に係る権限を委任します。

代 理 人 住所 町 丁目 番 号

(窓口に来る方)

氏名

※ 窓口に来る方ご自身の本人確認書類の提示が必要です。

担当課確認欄	年 月 日
確 認 者	発行 □可 □非

函館市長様

年 月 日

同意書

私および私と同世帯の者は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づき、別表第二の一の項に規定する「地方税関係情報」について情報提供ネットワークシステムを介して、市立函館保健所保健予防課が予防接種法第28条により実費の徴収の決定に関する事務手続きを処理するために限って当該年度の地方税関係情報を取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限り同意することを申し添えます。

同意者 接種希望者本人	接種希望者と続柄	本人	住所	函館市	町	丁目	番	号
	ふりがな							生年月日
	氏名				印	明・大昭	年	月
同意者	接種希望者と続柄		住所	<input type="checkbox"/> 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号
	ふりがな							生年月日
	氏名				印	明・大昭・平	年	月
同意者	接種希望者と続柄		住所	<input type="checkbox"/> 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号
	ふりがな							生年月日
	氏名				印	明・大昭・平	年	月
同意者	接種希望者と続柄		住所	<input type="checkbox"/> 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号
	ふりがな							生年月日
	氏名				印	明・大昭・平	年	月
同意者	接種希望者と続柄		住所	<input type="checkbox"/> 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号
	ふりがな							生年月日
	氏名				印	明・大昭・平	年	月
同意者	接種希望者と続柄		住所	<input type="checkbox"/> 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号
	ふりがな							生年月日
	氏名				印	明・大昭・平	年	月

(記載要領)

- 1 情報取得する同世帯の方の同意を要する。(世帯課税状況の確認)
- 2 同意者が自ら署名を行うこと。(押印省略可)
- 3 代理人が同意書に署名する場合は、同意者の押印を受けること。
- 4 被接種者と同居している場合、住所の記入は省略してもよい。
- 5 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載しても差し支えない。