

函館市長様

年 月 日

同意書

私および私と同一世帯の者は、函館市が関係法令(※)に基づき、当該予防接種の自己負担金の免除手続きにあたり、市民税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って同意することを申し添えます。

※ 予防接種法

※ 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

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							明・大昭	年 月 日
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							明・大昭・平	年 月 日
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							明・大昭・平	年 月 日
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							明・大昭・平	年 月 日
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							明・大昭・平	年 月 日
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							明・大昭・平	年 月 日

(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。