

別紙様式

予防接種自己負担金減免予防接種券交付申請書

令和 年 月 日

坂町長 様

申請者

ふりがな

氏名 _____ 印

住所 坂町 _____

電話 _____

代筆者

氏名 _____

下記の者の（ 高齢者肺炎球菌 ・ インフルエンザ ）予防接種自己負担金減免予防接種券の交付を申請します。なお、交付要件確認のため、住民基本台帳、町民税課税台帳等の調査、照会、閲覧について同意します。（要件：生活保護世帯・非課税世帯）
なお、減免予防接種券の交付時に郵送した予防接種券を返還できなかった場合、確実に処分します。（本人以外の方が使用しても助成対象にはなりません。）

①交付希望者：氏名	生年月日： (歳)
②交付希望者：氏名	生年月日： (歳)
③交付希望者：氏名	生年月日： (歳)

※交付希望者と別世帯の方が申請を行う場合は委任状が必要です。（裏面）

予防接種名			受付印	確認			
受付No.				課名	確認日	確認内容	職員名
1	高齢者肺炎球菌			税務 住民課		課税	
	①	②	③			非課税	
2	インフルエンザ			民生課		(生保)	
	①	②	③			該当 非該当	

◎確認欄

実費徴収予防接種券返還
(有 無)

台帳確認者

印

委 任 状

令和 年 月 日

(提出先) 坂町長 様

(委任者)

住 所 坂町 _____

電 話 _____

ふりがな

① 氏 名 _____ 印

ふりがな

② 氏 名 _____ 印

ふりがな

③ 氏 名 _____ 印

私（達）は、次の者を代理人と定め、（高齢者肺炎球菌 ・ インフルエンザ ）
予防接種自己負担金減免予防接種券交付申請に関する一切の権限を委任します。 な
お、交付要件確認のため、住民基本台帳、町・県民税課税台帳等の調査、照会、閲覧
を町が行うことについて同意します。

(受任者)

住 所 _____

ふりがな

代理人氏名 _____

電 話 _____

委任者との関係 _____