

同意書

記載例

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

◎ 太枠の中を記入してください。

府中町長

申請者 ※窓口に来られた方	住所	府中町○○○○○○	電話番号	(082) 000-0000
	フリガナ	フチュウ タロウ	対象者との関係	本人・代理人・()
	氏名	府中 太郎		
本人確認	ア) 一点確認書類 運転免許証・マイナンバーカード・ 特別永住者証明書・在留カード その他 ()	イ) 二点以上(Aから2点 またはA・Bから1点ずつ) A: 保険証・年金手帳 その他 () B: 社員証・学生証 クレジットカード・その他 ()		

忘れず押印してください。

府中町予防接種実費徴収要綱第5条
 府中町健康診査事業実費徴収要綱第3条 } に関する、世帯全員の町民税課税状況および生活保護法による被保護世帯の調査（確認）については、府中町に同意します。なお、これらの調査（確認）されることについては、世帯員の承諾を得ています。

◆世帯員の住所・氏名・生年月日等

宛名コード	対象者の世帯	住所 ※上記と異なる場合に記入	府中町 ※申請者と住所が異なる場合に記載してください。	
	氏名	生年月日	町民税課税状況等	備考
	府中 太郎	明治・大正・昭和・平成・令和 ○年 ○月 ○日	非課税・未申告・生保	高齢者肺炎球菌・インフルエンザ (町内・町外) 個別健診 ()
	府中 花子	明治・大正・昭和・平成・令和 ○年 ○月 ○日		
		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		

世帯の方全員の氏名・生年月日・個人番号（マイナンバー）をご記入ください。
※個人番号（マイナンバー）が分からない場合は、健康推進課へご連絡ください。

同一世帯以外の方が申請者になる場合、記入してください。
成年後見人等が申請者になる場合は、成年後見登記制度に基づく登記事項証明書（の写し）等を添付することで委任状に代えることができます。

※代理人（同居の親族以外）の方が申請する場合は、次の委任状を記入し

【委任状】			
<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種 <input type="checkbox"/> 健康診査事業	において、同意書の提出および自己負担額免除の手続きに関することについて、その権限を上記申請者に委任します。		
委任者（委任をした人） ※対象者の方	住所	府中町	
	氏名		◎ 電話番号

【府中町記入欄】 ※記入しないください。

判定	確認印	受領印	受付印
予防接種事業・健康診査事業の実費徴収免除	該当 ・ 非該当		
「個人負担金免除」押印日	令和 年 月 日		