

同意書

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		電話番号
	フリガナ		対象者との関係
	氏名	Ⓜ	本人・代理人・()
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・生活保護受給証明書・ その他() B: 社員証・学生証・通帳・キャッシュカード・ クレジットカード・その他()	

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	
	氏名	生年月日	町民税課税状況等	備考
		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	非課税・未申告・生保 課税・不明	高齢者肺炎球菌・インフルエンザ(町内・町外) 個別健診() 集団健診(月 日)
	個人番号(予防接種のみ)			
		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	非課税・未申告・生保 課税・不明	高齢者肺炎球菌・インフルエンザ(町内・町外) 個別健診() 集団健診(月 日)
	個人番号(予防接種のみ)			
		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	非課税・未申告・生保 課税・不明	高齢者肺炎球菌・インフルエンザ(町内・町外) 個別健診() 集団健診(月 日)
	個人番号(予防接種のみ)			
		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	非課税・未申告・生保 課税・不明	高齢者肺炎球菌・インフルエンザ(町内・町外) 個別健診() 集団健診(月 日)
	個人番号(予防接種のみ)			

※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てください。

【委任状】			
<input 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。	住所	府中町
委任者(委任をした人) ※対象者の方		氏名	Ⓜ

【府中町記入欄】 ※記入しないでください。

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		