

## 高齢者インフルエンザ接種者リスト兼委任状

|     |      |                       |                       |
|-----|------|-----------------------|-----------------------|
| 申請者 | 住所   | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>府中町〇〇〇〇〇 | 電話番号<br>(082)〇〇〇-〇〇〇〇 |
|     | フリガナ | フチュウ タロウ              | 対象者との関係               |
|     | 氏名   | 府中 太郎                 | 特別養護老人ホーム〇〇<br>職員     |

## 接種対象者（全員）

| 氏名    | 住所       | 生年月日     | 年齢 | 個人負担金（いずれか）  |                                  |                           |
|-------|----------|----------|----|--|----------------------------------|---------------------------|
|       |          |          |    | 一般<br>(1,500円)   | 町民税非課税世帯<br>状況調査同意書<br>「委任欄」     | 個人負担金<br>免除該当<br>(証明書類添付) |
| 府中 一郎 | 府中町〇〇〇〇〇 | 昭和▲年▲月▲日 | 75 | <input type="radio"/>  |                                  |                           |
|       |          |          |    | 個人負担金免除に該当しない人は、<br>一般欄に○印をつけてください。  |                                  |                           |
| 府中 花子 | 府中町〇〇〇〇〇 | 昭和▲年▲月▲日 | 88 |  | <input checked="" type="radio"/> |                           |
|       |          |          |    | 町民税非課税世帯の人は、課税状況等を確認<br>する必要があります。<br>同意が得られた場合は、委任欄に押印してく<br>ださい。                           |                                  |                           |
| 府中 次郎 | 府中町〇〇〇〇〇 | 昭和▲年▲月▲日 | 80 |  |                                  | <input type="radio"/>     |
|       |          |          |    | ①②いずれかの証明書をお持ちの人は、個人負担金免<br>除該当欄に○印をつけ、コピーを同封してください。<br>①後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証<br>②被保護者証明書 |                                  |                           |

合計 3 名

一般（ 1 ）名 ・ 個人負担金免除（ 1 ）名 ・ 世帯状況調査委任（ 1 ）名

接種予定

医療機関名

※接種する医療機関名、住所などを記入してください。

住所 〒

TEL ( ) ・ FAX ( )

# 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

申請者の住所（本人確認書類に記載の住所）を記入してください。

|                  |   |  |               |                |
|------------------|---|--|---------------|----------------|
| 申請者<br>※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       |                |
|                  | 氏名  | 医療機関・施設名 府中 太郎 (印)                                       | 本人・代理人・(施設職員) |                |
| 本人確認             | ア) 一点確認書類                                 | イ) 二点以上(Aから2点 またはA・Bから1点ずつ)                              |               |                |
|                  | 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<br>その他 ( ) | A: 保険証・年金手帳<br>その他 ( )<br>B: 社員証・学生証<br>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<br>※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  |
|       | 別紙のとおり       | 明治・大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日 | 非課税・未申告・生保<br>課税・不明 | 高齢者肺炎球菌・インフルエンザ（町内・町外）<br>個別健診（ ）<br>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<br>年 月 日 | 非課税・未申告・生保<br>課税・不明 | 高齢者肺炎球菌・インフルエンザ（町内・町外）<br>個別健診（ ）<br>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<br>年 月 日 | 非課税・未申告・生保<br>課税・不明 | 高齢者肺炎球菌・インフルエンザ（町内・町外）<br>個別健診（ ）<br>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<br>年 月 日 | 非課税・未申告・生保<br>課税・不明 | 高齢者肺炎球菌・インフルエンザ（町内・町外）<br>個別健診（ ）<br>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】

- インフルエンザ予防接種  
 高齢者肺炎球菌予防接種  
 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）

住所 府中町

別紙 個人負担金町民税非課税世帯状況調査同意書

※対象者の方

氏名

委任欄のとおり (印) 電話番号

【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 |     |     |     |