

同意書

令和 年 月 日

府中町長 宛

<申請者> (手続きに来られた方)

住 所

ふ り が な
氏 名

電 話 番 号

対象者との関係 ・本人 ・同一世帯員 ・代理人 ()

本人 確認	1 点 確 認	運転免許証・マイナンバーカード・在留カード・()
	2 点 確 認	A: 保険証・年金手帳・生保受給者証・() ※A から 2 点。 B: 社員証・学生証・通帳・キャッシュカード・() ※AB から 1 点ずつ。

私は、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 条に基づき、次の世帯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）について府中町に同意します。なお、この調査（確認）について、世帯員の承諾を得ています。

対象世帯の住所 ※申請者と同じ場合は記入不要	府中町
---------------------------	-----

NO	対象世帯員氏名	生年月日	個人番号	課税状況	備考
1		大正・昭和・平成・令和 年 月 日		非課税・課税 未申告・生保	肺炎球菌・インフル（町内・町外） 個別健診（ ） 集団健診（ 月 日）
2		大正・昭和・平成・令和 年 月 日		非課税・課税 未申告・生保	肺炎球菌・インフル（町内・町外） 個別健診（ ） 集団健診（ 月 日）
3		大正・昭和・平成・令和 年 月 日		非課税・課税 未申告・生保	肺炎球菌・インフル（町内・町外） 個別健診（ ） 集団健診（ 月 日）
4		大正・昭和・平成・令和 年 月 日		非課税・課税 未申告・生保	肺炎球菌・インフル（町内・町外） 個別健診（ ） 集団健診（ 月 日）
5		大正・昭和・平成・令和 年 月 日		非課税・課税 未申告・生保	肺炎球菌・インフル（町内・町外） 個別健診（ ） 集団健診（ 月 日）

【委任状】 ※本人または同一世帯以外の人が申請する場合に、記入してください。

次の項目における同意書の提出および自己負担金免除の手続きについて、その権限を申請者に委任します。		
(委任者)		
☐ インフルエンザ予防接種	住 所	府中町
☐ 高齢者肺炎球菌予防接種	氏 名	
☐ 健康診査事業	電 話 番 号	— —

※以下 府中町記入欄				受付印
実費徴収免除判定		確認者①	確認者②	
該当	非該当			
				交付日 /
☐ 「個人負担金免除」押印確認				※郵送：発送日