

同意書（マイナンバー）

令和 年 月 日

府中町長 宛

予防接種法第 28 条に基づく実費の徴収の決定に関する事務手続きを処理するために限って、府中町健康推進課がマイナンバーを利用して、令和 6 年度の地方税関係情報を取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

	ふりがな 氏名	生年月日	住所	個人番号
同意者① 被接種者		大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
同意者②		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被接種者と同居	
同意者③		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被接種者と同居	
同意者④		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被接種者と同居	
同意者⑤		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被接種者と同居	

（記入にあたって）

1. 同意者が自ら署名を行ってください。
2. 代理人が同意書に署名する場合、本人から委任状をとってください。
3. 被接種者と同居している場合、住所の記入は省略できます。
4. 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載してください。

※以下 府中町記入欄

同意者	課税状況	備考
①	非課税・課税・未申告・生保	肺炎球菌・インフル・コロナ・带状疱疹（町内・町外）
②	非課税・課税・未申告・生保	肺炎球菌・インフル・コロナ・带状疱疹（町内・町外）
③	非課税・課税・未申告・生保	肺炎球菌・インフル・コロナ・带状疱疹（町内・町外）
④	非課税・課税・未申告・生保	肺炎球菌・インフル・コロナ・带状疱疹（町内・町外）
⑤	非課税・課税・未申告・生保	肺炎球菌・インフル・コロナ・带状疱疹（町内・町外）

実費徴収免除判定	
該当	非該当

確認者①	確認者②

交付日
/

受付印

「個人負担金免除」押印確認

※郵送：発送日