

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: 保険証または資格確認書・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	氏名	生年月日	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・コロナ・带状疱疹 (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・コロナ・带状疱疹 (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・コロナ・带状疱疹 (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・コロナ・带状疱疹 (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・コロナ・带状疱疹 (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方が申請する場合に、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)

- 高齢者インフルエンザ予防接種
- 高齢者新型コロナ予防接種
- 高齢者肺炎球菌予防接種
- 高齢者带状疱疹予防接種
- 健康診査事業

住 所 府中町

氏 名

電 話 番 号 - -

※以下 府中町記入欄

実費徴収免除判定	
該当	非該当

確認者①	確認者②

交付日
/

※郵送：発送日

受付印

「個人負担金免除」押印確認

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 ●●市 ●●丁目 ●●-●●

ふりがな 府中 太郎
氏名

電話番号 □□□-□□□□-□□□□

接種を受ける人との続柄を記入してください。

対象者との関係 ・本人 ・同一世帯員 ・代理人 (子)

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: 保険証または資 B: 社員証・学生証	※A から2点。 P。

(申請者が代理人の場合など) 申請者と住所が異なる場合に記入してください。

私は、府中町予防接種実費徴収要綱第5条・府中町
税状況および生活保護法による被保護世帯の調査 (確
て、世帯員の承諾を得ています。

世帯員の町民税課
(確認) につい

対象世帯の住所

※申請者と同じ場合は記入不要

府中町○○ ○○丁目 ○○-○○

NO	氏名	生年月日	課税状況	備考
1	福寿 漢	大正・昭和・平成・令和 30年10月1日	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) 個別健診 () 集団健診 (月 日)
2	福寿 かん子	大正・昭和・平成・令和 30年1月31日	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) 個別健診 () 集団健診 (月 日)
3		大正・昭和・平成・令 年	非課税・課税	肺炎球菌・インフル・コロナ・带状疱疹 (町内・町外) 個別健診 () 日)
4		大正・昭和・平 年		肺炎球菌・インフル・コロナ・带状疱疹 (町内・町外) 日)
5		大正・昭和・平 年 月 日	未申告・生保	肺炎球菌・インフル・コロナ・带状疱疹 (町内・町外) 個別健診 () 集団健診 (月 日)

接種を受ける人とその同一世帯の方全員の同意が必要です。

【委任状】

※本人または同一世帯以外の方が申請する場合に、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)

- 高齢者インフルエンザ予防接種
- 高齢者新型コロナ予防接種
- 高齢者肺炎球菌予防接種
- 高齢者带状疱疹予防接種
- 健康診査事業

住所 府中町○○ ○○丁目 ○○-○○

氏名 福寿 漢

電話番号 ☆☆☆ - ☆☆☆☆ - ☆☆☆☆

※以下 府中町記入欄

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