

同意書

府中町長 様

申請者（手続きに来られた人）

令和 年 月 日

住 所	
フリガナ氏名	
電話番号	— —
対象者との関係	本人／同一世帯員／代理人【委任者との関係： 】 ☐ 委任状確認

私は、府中町予防接種実費徴収要綱第5条又は府中町健康診査事業実費徴収要綱第3条に基づき、府中町が、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）を行うことに同意します。なお、この調査（確認）について、世帯員全員の同意を得ています。

対象世帯の住所	府中町
※申請者と同じ場合は記入不要	

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 扶養	【インフル・コロナ・带状疱疹・肺炎球菌】予防接種 町内／町外（ ） 個別健診／集団健診（ ）
2		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	非課税・課税 未申告・生保 扶養	【インフル・コロナ・带状疱疹・肺炎球菌】予防接種 町内／町外（ ） 個別健診／集団健診（ ）
3		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	非課税・課税 未申告・生保 扶養	【インフル・コロナ・带状疱疹・肺炎球菌】予防接種 町内／町外（ ） 個別健診／集団健診（ ）
4		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	非課税・課税 未申告・生保 扶養	【インフル・コロナ・带状疱疹・肺炎球菌】予防接種 町内／町外（ ） 個別健診／集団健診（ ）
5		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	非課税・課税 未申告・生保 扶養	【インフル・コロナ・带状疱疹・肺炎球菌】予防接種 町内／町外（ ） 個別健診／集団健診（ ）

【委 任 状】 ※本人または同一世帯以外の方が申請する場合、委任者本人が自署してください。	
次の項目における自己負担金免除申請に関する一切の事務を、上記申請者に委任します。	
↓ 該当の項目に ☒ をつけてください。	委 任 者
☐ 高齢者インフルエンザ予防接種	住 所 府中町
☐ 高齢者新型コロナ予防接種	フリガナ氏名
☐ 高齢者带状疱疹予防接種	電話番号
☐ 高齢者肺炎球菌予防接種	生年月日 大正 ・ 昭和（ ）年（ ）月（ ）日
☐ 健康診査事業	

以下、府中町記入欄

本人確認書類 A1点/B2点/B1点とC1点	1点確認	A:運転免許証・マイナンバーカード・在留カード・（ ）	
	2点確認	B:保険証・年金手帳・生保受給者証	C:社員証・学生証・通帳・キャッシュカード

自己負担金免除 判定		確認者①	確認者②	交付日	受付印
該当	非該当			/	
☐ 「個人負担金免除」押印確認		※郵送の場合発送日			
申請方法	電話 ・ 窓口				