

## 同意書

府中町長 宛

令和 年 月 日

## 被接種者

|                |               |
|----------------|---------------|
| 住 所            | 府中町           |
| ふ り が な<br>氏 名 |               |
| 生 年 月 日        | 大正 ・ 昭和 年 月 日 |

私（被接種者）は、高齢者インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症予防接種に関して、府中町予防接種実費徴収要綱第5条の規定に基づき、府中町が町民税非課税課税状況の調査及び生活保護世帯の確認を行うことに同意します。また、このことについて、下記世帯員全員の同意も得ています。

|                | 氏 名 | 生年月日                 | 住 所                              |
|----------------|-----|----------------------|----------------------------------|
| 被接種者の<br>同一世帯員 |     | 大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 被接種者と同じ |
| 被接種者の<br>同一世帯員 |     | 大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 被接種者と同じ |
| 被接種者の<br>同一世帯員 |     | 大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 被接種者と同じ |

## 申立書

本施設は、上記被接種者本人が、身体的理由等で自署ができず、委任状の提出が困難であるため、本人の意思を確認した上で、責任をもって代筆します。また、このことについて、本人の家族（同一世帯員）の同意も得ています。

なお、この申し立てに関して、本人又は本人の家族との間に何らかのトラブルが生じた場合、本施設が責任をもって解決します。

## 代理者（施設）

|           |     |
|-----------|-----|
| 施 設 名     |     |
| 代 表 者 氏 名 |     |
| 所 在 地     |     |
| 担 当 者 氏 名 |     |
| 電 話 番 号   | — — |

※以下 府中町記入欄

| 自己負担金免除 判定 |     |
|------------|-----|
| 該当         | 非該当 |

| 確認者① | 確認者② |
|------|------|
|      |      |

受付印

|  |
|--|
|  |
|--|

☐ 「自己負担金免除」押印確認