

記入例(その他代理人申請)

○年 ○月 ○日

三豊市長 様

表面

証明書様式を印刷する場合は
必ず両面印刷してください

年度 高齢者定期予防接種 自己負担金免除対象世帯証明願

高齢者定期予防接種費用の免除のため、私の世帯について自己負担金免除対象世帯であることの証明をお願いします。なお、課税状況等を調査されることについて同意します。

① 必要な 証明書の 人	住所	三豊市 高瀬町下勝間2373番地1		
	フリガナ	ケンコウ タロウ	電話番号	0875-73-3014
	氏名	健康 太郎	生年月日	明治 ○年 ○月 ○日 大正 昭和 (○歳)
	申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	

↑申請理由をチェック

窓口 に 来 た 人 (申請者)	住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ 三豊市○○町○○12番地3		
	フリガナ	ホケン ハナコ	電話番号	090-1234-5678
	氏名	<input type="checkbox"/> 上記氏名と同じ 保健 花子	生年月日	大正 昭和 ○年 ○月 ○日 平成
	①との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同世帯の親族	<input checked="" type="checkbox"/> その他* (続柄等 長女)	

申請者が本人・同世帯の親族以外の場合、委任状が必要になります。
裏面の委任状に必要事項を記入のうえご持参ください。
成年後見人の場合は登記事項証明書をご提示ください。

上記の証明書が必要な人(①欄)に記載されている者は、自己負担金免除対象世帯の世帯員であることを証明します。なお、この証明書の有効期限は、 年 月 日です。

年 月 日

三豊市長

印

●自己負担金免除の基準

- ・地方税法による市民税非課税世帯の者(当該年度の課税所得が判明しない場合を除く。)
- ・生活保護法による被保護世帯に属する者(単給、併給を問わない。)

●この証明書は、定期予防接種当日に、受診する医療機関へ必ず御持参ください。

持参されない場合は自己負担金が必要となりますので、御注意ください。

(市記入欄)

本人 確認	<input type="checkbox"/> 1種類の書類確認で可(写真有)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 2種類以上の書類確認(写真無)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 聞き取り	
代理権 確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書	確認者

委任状


※必ず委任する人が記入し、押印してください。

裏面

○年 ○月 ○日

三豊市長 様

証明書様式を印刷する場合は
必ず両面印刷してください

委任者	住所	三豊市高瀬町下勝間237		
	氏名	健康 太郎 		
	生年月日	○年 ○月 ○日	電話番号	0875-73-3014

委任者の自署+認め印の押印
※代筆の場合は拇印が必要です

私は、次の者を代理者と定め、本申請に係る証明書の申請及び受領に関する行為を委任します。なお、証明書が発行できない場合は、その理由を次の者に説明することに同意します。

代理人	住所	三豊市〇〇町〇〇12番地3		
	氏名	保健 花子	生年月日	○年 ○月 ○日

高齢で手が震えて字が書けないため代筆

三豊市〇〇町〇〇12番地3

保健 花子 

代筆の場合余白に記入してください

- ・代筆理由（寝たきりのため等）
- ・代筆者の住所
- ・代筆者の氏名
- ・代筆者の認め印

やむを得ず代筆される場合は、余白に代筆理由及び代筆者の住所・氏名を記入し、代筆者の認め印を押印してください。なお、その場合、委任者の氏名の後に委任者の拇印をお願いいたします。

法人の場合は、代表者職印の押印をお願いいたします。