

記入例(同世帯の親族申請)

○年 ○月 ○日

三豊市長 様

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 証明書が	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 checked="" type="checkbox"/> 上記住所と同じ		
	フリガナ	ケンコウ トヨコ	電話番号	0875-73-3014
	氏名	<input type="checkbox"/> 上記氏名と同じ 健康 豊子	生年月日	大正 昭和 (○歳) 平成
	①との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 同世帯の親族	<input type="checkbox"/> その他* (続柄等)	

申請者が同世帯の親族の場合、委任状は必要ありません ※裏面の委任状にご記入ください。

証 明 書

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