

三豊市長 山下 昭史 様

令和6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 証明 書が 必要 な 人	住 所	三豊市		
	フリガナ		電話番号	
	氏 名		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 (歳)
	申請理由	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯

窓 口 に 来 た 人 (申 請 者)	住 所	<input type="checkbox"/> 上記住所に同じ		
	フリガナ		電話番号	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 上記氏名に同じ		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 type="checkbox"/> その他*(続柄等)	

※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、令和7年3月31日です。

令和 年 月 日

三豊市長

山下 昭史



●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()	確認 者
	<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()	
代理権 確認	<input type="checkbox"/> 聞き取り	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書	

委任状

※必ず委任する人が記入し、押印してください。

令和 年 月 日

三豊市長 山下 昭史 様

委任者	住所			
	氏名	(印)		
	生年月日	年 月 日	電話番号	

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			
	氏名		生年月日	年 月 日

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。