

接種を受ける人の代わりに
同世帯の親族が窓口に来る場合

別記様式（第6条、第7条関係）

令和 〇年 〇月 〇日

(宛先)三豊市長

令和8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一部または全額免除のため、私の世帯について市民税非課税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。

接種を受ける人 →

① 必要な 証明書が	住所	三豊市 高瀬町下勝間2373-1		
	フリガナ	ミトヨ タロウ		電話番号 0875-73-3014
	氏名	三豊 太郎		生年月日 昭和30年4月1日(65歳)

代理で申請に来た人 →

窓口に来た人	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 上記住所に同じ		
	フリガナ	ミトヨ ジロウ		電話番号 0875-73-3014
	(氏名) 申請者	<input type="checkbox"/> 上記氏名に同じ 三豊 次郎		生年月日 昭和33年5月1日
	①との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他*(続柄等) <input checked="" type="checkbox"/> 同世帯の親族		

※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、市民税非課税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9年3月31日です。

令和 年 月 日

三豊市長 山下 昭史 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。)
- 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ご持参ください。
持参していない場合は定期予防接種費用の一部または全額免除が受けられませんので、ご注意ください。

(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"/> 健康保険の資格確認書 <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

委任状は必要ありません

<p style="font-size: 1.2em;">委 任 状</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>(宛先) 三豊市長</p> <p style="text-align: right;">※必ず委任する人が記入してください。</p>				
委 任 者	住 所			
	氏 名	⑩		
	生年月日	年 月 日	電話 番号	
<p>私は、次の者を代理者と定め、証明書の取得に関する行為及びその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。</p>				
代 理 人	住 所			
	氏 名	生年 月日	年 月 日	
<p>代理人が法人の場合は、次の欄に記入し、押印してください。</p>				
代 理 人	法人の 所在地			
	法人名及び 代表者名	⑩		
<p>やむを得ず代筆される場合は、下記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。</p>				
<p>代筆理由</p>				
代筆者	住所			
	氏名	⑩		