

接種を受ける人の代わりに別世帯の人が窓口に来る場合

別記様式（第6条、第7条関係）

令和 ○年 ○月 ○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 人 の 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 →

| | | | | |
|---------------------------------|-------|--|------|--------------|
| (申請者) 窓口 に 来 た 人 | 住所 | <input type="checkbox"/> 上記住所と同じ 観音寺市●●町▲▲123-4 | | |
| | フリガナ | ケンコウ ハナコ | 電話番号 | 0875-●●-●●●● |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 上記氏名と同じ 健康 花子 | 生年月日 | 昭和55年5月1日 |
| | ①との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> その他*(続柄等 長女) <input type="checkbox"/> 同世帯の親族 | | |

申請者が本人・同世帯の親族以外の場合、委任状が必要。 ※裏面の委任状にご記入ください。
成年後見人であれば、登記事項証明書を確認してください。

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 |

接種する本人が委任状を記入できる場合

委 任 状

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(宛先) 三豊市長

※必ず委任する人が記入してください。

接種を受ける人 →

| | | | | |
|-----|------|-----------------|------|--------------|
| 委任者 | 住 所 | 三豊市高瀬町下勝間2373-1 | | |
| | 氏 名 | 三豊 太郎 ㊟ | | |
| | 生年月日 | 昭和30年 4月 1日 | 電話番号 | 0875-73-3014 |

署名の場合は押印不要
ゴム印の場合は認め印必要

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。

代理で申請に来た人 →

| | | | | |
|-----|-----|----------------|------|-------------|
| 代理人 | 住 所 | 観音寺市●●町▲▲123-4 | | |
| | 氏 名 | 健康 花子 | 生年月日 | 昭和55年 5月 1日 |

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。

| | | |
|-----|-----------|---|
| 代理人 | 法人の所在地 | |
| | 法人名及び代表者名 | ㊟ |

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。

代筆理由

代筆者 住所
氏名

㊟

接種を受ける本人が委任状を記入できない場合

委任状

令和 ○年 ○月 ○日

(宛先) 三豊市長

※必ず委任する人が記入してください。

接種を受ける人

| | | | | |
|-----|------|-----------------|------|--------------|
| 委任者 | 住所 | 三豊市高瀬町下勝間2373-1 | | |
| | 氏名 | 三豊 太郎 | | ① |
| | 生年月日 | 昭和30年 4月 1日 | 電話番号 | 0875-73-3014 |

接種を受ける本人の拇印

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。

代理で申請に来た人

| | | | | |
|-----|----|----------------|------|-------------|
| 代理人 | 住所 | 観音寺市●●町▲▲123-4 | | |
| | 氏名 | 健康 花子 | 生年月日 | 昭和55年 5月 1日 |

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。

| | | |
|-----|-----------|---|
| 代理人 | 法人の所在地 | |
| | 法人名及び代表者名 | ① |

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。

代筆の場合は記入

代筆理由 (例) 高齢で手が震えて字を書けないため。

代筆者 住所 観音寺市●●町▲▲123-4 ※「同上」でも可

氏名 健康 花子 ①

↑認め印必須

認め印が無い場合、代筆者の拇印