

年度 予防接種費用免除申請書

年 月 日

まんのう町長 殿

私は、インフルエンザワクチン・高齢者用肺炎球菌ワクチン・新型コロナウイルスワクチン・带状疱疹ワクチンの接種を受けたいので、まんのう町予防接種の実費負担に係る費用軽減事業実施要綱第 3 条に基づき申請します。

なお、免除申請事務にあたり、私方に関係する必要な事項について、まんのう町住民生活課（住所・世帯員）、税務課（課税状況）及び福祉保険課（生活保護法による世帯状況）で確認することを承諾します。

対象者 (予防接種を受ける方)	住 所	まんのう町		
	フリガナ		生年月日	大正・昭和 年 月 日
	氏 名			
何の予防接種を受けますか	インフルエンザ ・ 高齢者用肺炎球菌 ・ 新型コロナウイルス ・ 带状疱疹			

※ 申請者（窓口に来られた方）が予防接種を受ける方と同一の場合は、以下記入不要です。

申請者 (窓口に来られた方)	住 所			電話番号	
	フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
	氏 名	㊟			
対象者との関係 (続柄記入)	1. 同居の家族（ ） 2. 同居以外の家族（ ） 3. 施設関係者（ ） 4. その他（ ）				

※申請者が同一世帯以外の方の場合は、委任状が必要です。

（事務処理欄）

接種対象確認		広域用予診票	1. 交付（接種医療機関名： ） 2. 不要（町内ほか予診票設置医療機関で接種）
対象者の 本人確認	1. 運転免許証 2. マイナンバーカード 3. その他 （	発行事由	1. 生活保護世帯 2. 町民税非課税世帯
申請者の 本人確認	1. 運転免許証 2. マイナンバーカード 3. その他 （	発行確認	

委 任 状

(代理人) 住 所: _____

氏 名: _____ (続柄: _____)

電話番号: _____

私は、インフルエンザワクチン・高齢者用肺炎球菌ワクチン・新型コロナウイルスワクチン・帯状疱疹ワクチンの予防接種にあたり、まんのう町予防接種の実費負担に係る費用軽減事業実施要綱の適用を受けるため、接種費用免除承認書の申請及び受領に関する権限を上記の者に委任します。

年 月 日

(委任者) 住 所: まんのう町 _____

氏 名: _____ 印

電話番号: _____

※委任状は全て委任者（本人）が記入してください。

※委任者（本人）が自筆できない場合は、全て代筆者が記入し、下記にもご記入ください。

委任者（本人）が _____ で字が書けないため、
本人の意思を確認のうえ、 _____ が代筆しました。

(代筆者) 住所

氏名

印