

様式第1号（第2条関係）

## 予防接種自己負担金免除証明書交付申請書

令和〇年 10月 1日

四万十市長 様

(申請者) 住所 四万十市中村大橋通4丁目10

氏名 中村 太郎

電話番号 0880-34-1823

(代理人) 住所 四万十市西土佐用井1110番地28

氏名 西土佐 花子

電話番号 0880-52-1132

※ 署名又は記名押印

四万十市予防接種自己負担金徴収規則第2条第3項の規定により、下記のとおり自己負担金免除証明書の交付を申請します。

なお、この免除申請の審査を目的として、必要な個人情報を福祉事務所に確認することに同意します。

## 記

接種希望者

住 所

四万十市 中村大橋通4丁目10

氏 名

中村 太郎

接種を希望する予防接種名を  
○で囲んでください。

生年月日

昭和〇〇年 10月 1日 ( 65 歳)

対象予防接種

インフルエンザ・高齢者肺炎球菌感染症・新型コロナウイルス・带状疱疹

60歳～64歳の方は、該当する障害（身障手帳1級程度）に☑をしてください。

☐心臓 ☐腎臓 ☐呼吸器 ☐免疫

本人又は本人と同一世帯でない者が申請する場合は、委任状が必要です。

## 委任状

四万十市予防接種に係る自己負担金免除申請に関する申請及び受領に関する  
権限を 西土佐 花子 （委任者との関係：長女）に委任します。

(委任者) 住所 四万十市中村大橋通4丁目10

氏名 中村 太郎

中  
村  
印

※ 原則署名又は記名押印

※代筆の場合は、本人の意思を確認のうえ、字が書けない理由と代筆者氏名を余白に記入

| 市<br>記<br>入<br>欄 | 事務<br>所<br>福祉 | 確認年月日                         |   | 担当者       |
|------------------|---------------|-------------------------------|---|-----------|
|                  |               | 年                             | 月 | 日         |
|                  | 推進<br>課<br>健康 | 確認事項                          |   | 受付        |
|                  |               | □代理人の本人確認<br>□60～64 歳の方の障害の程度 |   | □窓口交付 □郵送 |

(代筆の場合の例)

・ペンを持つ力がなく、字が書けないため。  
・寝たきりで起き上がれず、字が書けないため。  
など

代筆者 ○○ ○○