

必ず裏面をお読みください。

# 【記入例】

ーインフルエンザ予防接種希望者本人が家族の分も合わせて申請する場合の例ー

**福知山市高齢者インフルエンザ予防接種無料申請書**

福知山市長 様

私は、福知山市高齢者インフルエンザ予防接種の無料制度を受けたいので、下記のとおり申請します。申請をするに当たり、下記に記入の予防接種希望者及び同一世帯者から課税台帳の閲覧、調査を行うことの同意を得ています。

令和 年 月 日

申請者 住所 〒620 - 8501  
福知山市宇内記13番地の1

氏名 **福知 太郎**  
(接種希望者との続柄 **本人**)  
電話番号 **0773-00-0000**

接種希望者	住所	〒620 - 8501 福知山市宇内記13番地の1 (自治会名: <b>内記三丁目</b> )	
	電話番号	0773 - 00 - 0000	
	フリガナ	<b>フクチ タロウ</b>	生年月日 明治・大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 <b>11</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日 (満 <b>85</b> 歳)
	氏名	<b>福知 太郎</b>	個人番号 <b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2</b>
2	フリガナ	<b>フクチ ハナコ</b>	生年月日 明治・大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 <b>22</b> 年 <b>2</b> 月 <b>2</b> 日 (満 <b>74</b> 歳)
	氏名	<b>福知 花子</b>	個人番号 <b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2</b>
3	フリガナ		生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)
	氏名		個人番号

申請理由  市民税非課税世帯  生活保護世帯

同一世帯で下記に当てはまる人 ・20歳以上の全員 ・20歳未満で収入のある人 ・20歳未満で既婚者	フリガナ	<b>フクチ ジロウ</b>	フリガナ
	氏名	<b>福知 次郎</b>	氏名
	フリガナ	<b>フクチ サブロウ</b>	フリガナ
	氏名	<b>福知 三郎</b>	氏名
	フリガナ		フリガナ
	氏名		氏名

\*申請者以外の接種希望者は、下記の委任状が必要になります。(ご家族の方も必要になります。)

委任状

代理人	住所	〒620-8501 福知山市宇内記13番地の1	
	氏名	<b>福知 太郎</b>	生年月日 <b>昭和11年 1月 1日</b>

福知山市長 様

私は、上記の者を代理人と定め、福知山市高齢者インフルエンザ予防接種無料申請の権限を委任します。

令和 年 月 日

委任者	住所	福知山市 <b>宇内記13番地の1</b>	
	氏名	<b>福知 花子</b>	生年月日 明治・大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 <b>22</b> 年 <b>2</b> 月 <b>2</b> 日
	氏名	<input checked="" type="radio"/>	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日
	氏名	<input checked="" type="radio"/>	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

【注】この申請書に記載いただいた個人情報(福知山市個人情報保護条例(平成16年福知山市条例第22号)第2条第2号に規定する個人情報をいう。)は、福知山市高齢者インフルエンザ予防接種事業に係る事務に利用します。

窓口に来られる人の住所・氏名・続柄・電話番号を記入してください。

屋間連絡が付きやすい電話番号を記入してください。

接種希望者の住所・氏名・生年月日・年齢・個人番号(マイナンバー)・電話番号を記入してください。

どちらかに○をつけてください。

同一世帯員を記入してください。

窓口に来られる人(申請者)の住所・氏名・生年月日を記入してください。

申請者以外の接種希望者の住所・氏名・生年月日を記入し、押印してください。

申請される時は、①「無料申請書」と「本人又は代理人の確認書類」の両方を持参してください。郵送の場合は、「無料申請書(記入・押印)」と「本人又は代理人の確認書類のコピー」を同封してください。