福知山市障害のある人のためのインフルエンザ予防接種無料申請書

福 知 山 市 長　様

私は、福知山市障害のある人のための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、下記に記入の接種希望者及びその他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。

年　　月　　日

申請者　住 所　〒　　－
福知山市

氏 名

（接種希望者との続柄　　）

電話番号

接種希望者	住 所	〒　　－ 福知山市 （自治会名：　　）			
	電話番号	－　　－			
	1 フリガナ		生年月日	年　月　日	
	1 氏 名		個人番号		
	2 フリガナ		生年月日	年　月　日	
	2 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歳以上の人全員 ・20歳未満で収入のある人 ・20歳未満で既婚者）		フリガナ		フリガナ	
		氏 名		氏 名	
		フリガナ		フリガナ	
		氏 名		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。（御家族の方も必要になります。）

委 任 状

代理人	住 所	〒		
	氏 名		生年月日	年　月　日

福 知 山 市 長　様

私は、上記の者を代理人と定め、福知山市障害のある人のためのインフルエンザ予防接種無料申請の権限を委任します。

年　　月　　日

委任者	住 所			
	氏 名	印	生年月日	年　月　日
	氏 名	印	生年月日	年　月　日

【注】　この申請書に記載いただいた特定個人情報（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5号に規定する特定個人情報をいう。）は、福知山市障害のある人のためのインフルエンザ予防接種事業に係る事務に利用します。