

福知山市定期B類予防接種無料申請書

福知山市長 様

私は、福知山市定期B類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。

年 月 日

申請者 住所 〒 ー

氏名

(接種希望者との続柄 )

電話番号

接種希望者	住所	〒 ー 福知山市 (自治会名: )		
	電話番号	ー ー		
	フリガナ		生年月日	年 月 日(満 歳)
	氏名			
	フリガナ		生年月日	年 月 日(満 歳)
	氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日(満 歳)	
氏名				
申請理由	[ ]市民税非課税世帯 [ ]生活保護世帯			
予防接種の種類	[ ]高齢者肺炎球菌 [ ]インフルエンザ [ ]新型コロナ			
同一世帯で下記に当てはまる人 ・18歳以上の人全員 ・18歳未満で収入のある人	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、福知山市定期B類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	福知山市		
	氏名		生年月日	年 月 日

【注】 この申請書に記載いただいた個人情報(個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第2条第1項規定する個人情報をいう。)は、福知山市定期B類予防接種事業に係る事務に利用します。