

【記入例】 インフルエンザ・コロナ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

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。

**修正液・修正テープの使用不可**

年 月 日

日付の記入

申請者 住所 〒 620-8501  
福知山市字内記13番地の1

氏名 福知 太郎  
(接種希望者との続柄 本人 )

昼間連絡のつきやすい電話番号を記入してください。

電話番号 00-0000

窓口に来られる人(申請者)の住所・氏名・続柄を記入してください。

接種希望者	住所	〒 620-8501 福知山市 字内記13番地の1 (自治会名: 内記三丁目)		
	電話番号	0773 - 00 - 0000		
	フリガナ	フクチ タロウ	生年月日	昭和11年 1月 1日(満 88 歳)
	氏名	福知 太郎	生年月日	昭和22年 2月 2日(満 77 歳)
	フリガナ	フクチ ハナコ	生年月日	年 月 日(満 歳)
	氏名	福知 花子	生年月日	年 月 日(満 歳)
申請理由	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 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	フクチ ジロウ	フリガナ	
	氏名	福知 次郎	氏名	
	フリガナ	フクチ サブロウ	フリガナ	
	氏名	福知 三郎	氏名	

接種希望者の住所・氏名・生年月日・年齢を記入してください。

どちらか該当する方に○をつけてください。

いずれか該当する方に○をつけてください。  
※高齢者肺炎球菌は、接種日時点で65歳の人もしくは60~64歳の人で一定の障害がある人(※)が対象です。

**窓口に来られる人以外で、予防接種を申し込む人がある場合**

\*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	〒 620-8501 福知山市字内記13番地の1		
	氏名	福知 太郎	生年月日	昭和11年 1月 1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

日付の記入

委任者	住所	福知山市内記13番地の1		
	氏名	福知 花子	生年月日	昭和22年 2月 2日

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・生年月日を記入してください。

【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項に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。

**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」の両方を持参ください。  
郵送の場合は、「無料申請書(記入)」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。  
※「本人又は代理人の確認書類」については3ページをよくお読みください。**

(※)・・・60~64歳で心臓や腎臓、呼吸器の機能、またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有するものとして厚生労働省令に定める人(身体障害者1級の手帳保持者、または同程度の者と医師の診断書で確認できる人)