

【記入例】

福知山市定期B類予防接種無料申請書

福知山市長様

修正液・修正テープの使用不可

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、下記の事項に同意の上、申請します。

- ① 申請するにあたり、下記に記入の予防接種希望者及び同一世帯者から、福知山市健康医療課が予防接種法第二十八条に基づく事務手続を処理するために限って、課税台帳の閲覧、調査、地方税関係情報について取得することに同意します。
- ② 申請にあたり、令和7年6月1時点より世帯者及び住民税課税状況に変更はありません。
未申告状態のものについて、今後課税となることはありません。無料接種後、接種日時点にて課税対象者と判断した場合接種にかかる自己負担金を福知山市へ支払います。
また、接種者及び同一世帯員に、他市町村で住民税課税となっているものはいません。
- ③ 下記の情報を市が関係機関と共有することについて同意します。

| | | | | |
|---|---|---|---------------------|---------------------------|
| 年 | 月 | 日 | 申請者 日付の記入 | 氏名 (接種希望者との続柄) 電話番号 |
|---|---|---|---------------------|---------------------------|

申請者の氏名・接種希望者との続柄、昼間連絡のつきやすい電話番号を記入してください。

| | | | | | | |
|------------------------------|---|--------------------|------|------|------|----|
| 接種希望者 | 住所 | 〒 福知山市 (自治会名:) | | | | |
| | 送付先 | □ 上記住所と同じ | | | | |
| | 電話番号 | ―――― | | | | |
| | 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 | <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 checked="" 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 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 | | | | | |
| 同一世帯で下記に当てはまる人 ・16歳以上の人全員 | フリガナ | 氏名 | フリガナ | 氏名 | | |
| | 氏名 | | フリガナ | | | |
| | フリガナ | 氏名 | フリガナ | | | |
| | 氏名 | | 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○を付けてください。

希望する予防接種に○を付けてください。
※高齢者肺炎球菌、帯状疱疹の対象者には個別に予診票をお送りしています。

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 申請者以外で、 予防接種を申し込む人がいる場合は 委任状に記入してください | | | | | |
| 必要になります(御家族の方も必要になります)。 | | | | | |

16歳以上の同一世帯員の氏名をすべて記入してください。

| | | | | | |
|-----|----|------|---|---|---|
| 代理人 | 住所 | 〒 | | | |
| | 氏名 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |

申請者の住所・氏名・生年月日を記入してください。

福知山市長様 **日付の記入**

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。

| | | | | | |
|-----|----|------|---|---|---|
| 委任者 | 住所 | 福知山市 | | | |
| | 氏名 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |

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。