

【記入例】 一接種希望者本人が申請する場合の例一

必ず「無料申請について」をお読みください

修正液・修正テープの使用不可

別記様式第1号(第8条関係)

令和8年度 福知山市障害のある人のための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
①申請に当たり、下記の予防接種希望者及び同一世帯員から、福知山市健康医療課が
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申請に当たり、4月及び5月の申請にあっては前年度6月1日時点、6月から翌年3月までの申請にあって
当該年度6月1日時点から、世帯員及び市民税課税状況に変更はありません。

未申告状態の者について、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
課税対象者と判断された場合、接種に係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、他市町村で市民税課税となっている者はいません。

③下記の情報を福知山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 氏名 福知 太郎

(接種希望者との続柄 本人)

電話番号 0773-XX-XXXX

日付の記入

①～③をよくお読みの上、申請者の
氏名・接種希望者との続柄・電話番号
を記入してください。

接種希望者の住所・送付先・氏名・
生年月日・電話番号・年齢を記入して
ください。

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。

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。

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。

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3丁目)		
	送付先	送付先が上記「住所」と同じ場合、✓をいれてください。 □上記住所と同じ		
	電話番号	0773 - XX - XXXX 屋間連絡がつきやすい電話番号を記入してください。		
	フリガナ	フクチ タロウ		
	氏名	福知 太郎	生年月日	昭和41 年 4 月 1 日(満 59 歳)
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		☒ 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 ・16歳以上の人全員	フリガナ	フクチ シロウ	フリガナ	
	氏名	福知 次郎	氏名	
	フリガナ	フクチ サブロー	フリガナ	
	氏名	福知 三郎	氏名	
	フリガナ		フリガナ	
	氏名		氏名	

注:申請者と接種希望者が異なる場合は、下記の委任状に記入してください。

*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 次郎	生年月日 昭和43 年 2 月 2 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 字内記13番地の1	
	氏名	福知 太郎	生年月日 昭和41 年 4 月 1 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項に
規定する個人情報をいう。)は、福知山市障害のある人のための予防接種事業に係る事務に利用します。

申請される時は、「無料申請書」と「本人及び代理人の確認書類」の両方をご持参ください。
郵送の場合は、「無料申請書(記入)」と「本人及び代理人の確認書類のコピー」を同封してください。
※「本人及び代理人の確認書類」については、「無料申請について」をご確認ください。