

別記様式第1号(第8条関係)

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、申請します。

- 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月の申請にあつては前年度6月1日時点、6月から翌年3月までの申請にあつては当該年度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
(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:)		
	送付先	□上記住所と同じ		
	電話番号	— —		
	フリガナ			
	氏 名	生年月日	年 月 日(満 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	〒 福知山市		
	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。