

高齢者肺炎球菌予防接種費用負担免除券交付申請書

年 月 日

北斗市長 様

高齢者肺炎球菌予防接種費用負担免除券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

接種希望者	住 所	北斗市 丁目 番 号		
	ふりがな		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日 (歳)	
			電 話	
同意欄	☐	この申請に係る私及び私と同一の世帯に属する者の課税状況及び生活保護の受給状況について、北斗市の住民基本台帳及び税務資料その他の公簿等により調査することに同意します。		
申請者	住 所	北斗市 丁目 番 号		
	氏 名			
☐ 本人	接種希望者との関係(続柄)			
	連絡先電話番号			

委任状

年 月 日

委任者： 住所 北斗市 丁目 番 号
(接種希望者)
氏名

私は、下記の者を代理人として、高齢者肺炎球菌予防接種費用負担免除券交付申請に係る権限を委任します。

代理人： 住所 丁目 番 号
(窓口に来る方)
氏名

※窓口に来る方の本人確認書類の提示が必要です。
〈市役所確認欄〉

確認日	年 月 日
確認者	
交 付	☐ 交付可 ☐ 交付不可
本人確認	運転免許証・健康保険証・介護保険証
	その他()

様式第3号(第6条関係)

北 斗 市 長 様

年 月 日

同 意 書

私および私の同世帯の者は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づき、「地方税関係情報」について情報提供ネットワークシステムを介して、北斗市役所が予防接種法第28条により予防接種の実費の徴収額を決定するために当該年度の地方税関係情報を取得することに同意します。

本人 接種者本人	住所	北 斗 市 丁 目 番 号	
	ふりがな		生 年 月 日
	氏名		年 月 日
同意者 (続柄)	住所	北 斗 市 丁 目 番 号	
	ふりがな		生 年 月 日
	氏名		年 月 日
同意者 (続柄)	住所	北 斗 市 丁 目 番 号	
	ふりがな		生 年 月 日
	氏名		年 月 日
同意者 (続柄)	住所	北 斗 市 丁 目 番 号	
	ふりがな		生 年 月 日
	氏名		年 月 日
同意者 (続柄)	住所	北 斗 市 丁 目 番 号	
	ふりがな		生 年 月 日
	氏名		年 月 日
同意者 (続柄)	住所	北 斗 市 丁 目 番 号	
	ふりがな		生 年 月 日
	氏名		年 月 日

(記載時の注意)

- 1 情報を取得する際は、同じ世帯のすべての方の同意が必要です(世帯課税状況を確認します。)
- 2 同意者は自ら署名を行ってください。