

予防接種無料予診票発行申請書 兼 委任状

中間市長 様

次のとおり無料予診票の発行を申請します。

申請日

年 月 日

申請者	住所等	電話番号 ()					
	氏名				区分	☐ 本人 ☐ 代理人	
予防接種を受けようとする人	同意欄	☐	申請に係る年度の生活保護の受給状況及び市町村民税の課税状況を確認することに同意します。				
	委任欄*	☐	申請の手続並びに予診票の交付及び受領の権限を、申請者に委任します。				
	住所等*	電話番号 ()					
	氏名* (委任者)	ふりがな ----- (代理人による申請の場合は自署)					
	接種区分	☐ インフルエンザ	☐ 肺炎球菌	☐ 新型コロナ	☐ 帯状疱疹	☐ 臨時接種	
	生年月日	年 月 日		個人番号	— —		
世帯状況	同意欄	☐	申請に係る年度の生活保護の受給状況及び市町村民税の課税状況を確認することに同意します。				
	氏名	生年月日		続柄	個人番号		
		年 月 日			— —		
		年 月 日			— —		
		年 月 日			— —		
		年 月 日			— —		

- 【注】 1 個人番号は、この申請に必要な業務を処理する範囲で利用します。
- 2 *の欄は、予防接種を受けようとする人が申請者と同一人の場合、記入は不要です。
- 3 申請に当たっては、裏面記載の書類を添付してください。
- 4 接種区分（臨時接種を除く。）ごとの対象者は、次の表のとおりです。

インフルエンザ	65 歳以上の者	60 歳以上 65 歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有するものとして厚生労働省令で定めるもの
肺炎球菌	65 歳の者	
新型コロナ	65 歳以上の者	
帯状疱疹	65 歳、70 歳、75 歳、80 歳、85 歳、90 歳若しくは 95 歳の者又は 100 歳以上の者	60 歳以上 65 歳未満の者であって、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有するものとして厚生労働省令で定めるもの

■予防接種をうける病院はどこですか

地域等	☐ 中間市 ☐ 北九州市 ☐ その他 ()
病院名	

別記第 1 号様式（第 5 条関係）（裏面）

【添付書類】

1 本人による申請（申請者と予防接種を受けようとする者が同一人）の場合

			確認
1	本人確認書類（（1）から 1 点又は（2）から 2 点以上）		☐
	(1)	○ 官公署が発行した免許証、許可証又は身分証明書であって、氏名及び生年月日又は住所が記載され、かつ、本人の写真が表示されているもの 【例】・マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・身体障害者手帳 等	
	(2)	○ 官公署等が発行した書類であって、氏名及び生年月日又は住所が記載されているもの 【例】・介護保険被保険者証・国民年金手帳 等	
2	本人の個人番号（マイナンバー）が確認できる書類 【例】・マイナンバーカード・マイナンバー通知カード・マイナンバー入り住民票 等		☐
3	同意書（別記第 2 号様式）		☐
	情報提供ネットワークシステムを利用して地方税関係情報の提供を希望するとき。		

2 代理人による申請（申請者と予防接種を受けようとする者が別の人）の場合

			確認
1	代理人の本人確認書類（（1）から 1 点又は（2）から 2 点以上）		☐
	(1)	○ 官公署が発行した免許証、許可証又は身分証明書であって、氏名及び生年月日又は住所が記載され、かつ、本人の写真が表示されているもの *	
	(2)	○ 官公署等が発行した書類であって、氏名及び生年月日又は住所が記載されているもの *	
2	代理権を示す書類（代理権の区分に従って、（1）又は（2）から 1 点）		☐
	(1)	○ 任意代理人：表面委任欄への記載、委任状その他代理権の存在を示す書類	
	(2)	○ 法定代理人：登記事項証明書その他法定代理人であることを証明する書類	
3	本人の個人番号（マイナンバー）が確認できる書類 *		☐
4	同意書（別記第 2 号様式） *		☐

*の書類の説明は、表 1 を参照してください。

-----【担当者確認欄】-----

		本人確認書類	代理権	番 号	同 意
確認	☐ 本 人	カ・運・パ・障	本 ・ 任 ・ 法	カ・通・住	有・不 要
	☐ 代理人	他（ ）	委・登・他（ ）	他（ ）	
発行区分		☐ 新規		☐ 再発行	

No. —

処理者（ ）