

八女市高齢者予防接種費用免除証明書交付申請書

八女市高齢者予防接種費用免除証明書の交付を受けたいので、八女市高齢者予防接種費用免除要綱第2条第1項第2号の規定により、下記のとおり申請します。

なお、証明書の交付に当たり、私の世帯全員の市県民税の課税状況等を調査することに同意します。

令和 年 月 日

八女市長 様

記

種類(該当するものに○を付すこと。)		高齢者インフルエンザ予防接種
		高齢者用肺炎球菌予防接種
		高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種
		高齢者帯状疱疹 ^{ほうしん} 予防接種(生1回・組換え2回) ※生、組換えのいずれかに○を付すこと。
対 象 年 度	令和8年度	
住 所	八女市	
申 請 者 氏 名		
電 話 番 号		
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	

※ 代理人の場合（代理人と接種される方が住民票上別世帯の場合、委任状が必要）

代理人	住 所	
	氏 名	
	続 柄	
	電話番号	

市職員 記入欄	本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 () 身分証の番号 ()
	接 種 歴	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済
	税 状 況	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
	受付場所	<input type="checkbox"/> 本庁 支所 (<input type="checkbox"/> 黒木 <input type="checkbox"/> 立花 <input type="checkbox"/> 上陽 <input type="checkbox"/> 矢部 <input type="checkbox"/> 星野)
	受 付 者	

令和 年 月 日

八女市長 様

委任状（施設向け）

代理人

所在地		職員氏名		職種	
施設名		電話番号			
施設長名（自署又は記名押印）					

私（委任者）は、八女市高齢者予防接種費用免除証明書交付申請にかかる事務について、上記の者を代理人に指定し、委任します。また、証明書の交付に当たり、私（委任者）の世帯全員の市県民税の課税状況等を調査することに同意します。

実施年度	令和 年度
------	-------

委任者		予防接種の種類	市職員記入欄
	明・大・昭 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナ <input type="checkbox"/> 带状疱疹
住所	八女市		<input type="checkbox"/> 非課税該当 <input type="checkbox"/> 未接種 (イ・肺・新・帯)
氏名			
	明・大・昭 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナ <input type="checkbox"/> 带状疱疹
住所	八女市		<input type="checkbox"/> 非課税該当 <input type="checkbox"/> 未接種 (イ・肺・新・帯)
氏名			
	明・大・昭 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナ <input type="checkbox"/> 带状疱疹
住所	八女市		<input type="checkbox"/> 非課税該当 <input type="checkbox"/> 未接種 (イ・肺・新・帯)
氏名			
	明・大・昭 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナ <input type="checkbox"/> 带状疱疹
住所	八女市		<input type="checkbox"/> 非課税該当 <input type="checkbox"/> 未接種 (イ・肺・新・帯)
氏名			

市職員記入欄	
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
受付場所	<input type="checkbox"/> 本庁 支所（ <input type="checkbox"/> 黒木 <input type="checkbox"/> 立花 <input type="checkbox"/> 上陽 <input type="checkbox"/> 矢部 <input type="checkbox"/> 星野）
受付者	