

様式第1号(第2条関係)

高齢者用インフルエンザ予防接種
高齢者用新型コロナウイルス感染症予防接種
高齢者用肺炎球菌予防接種
無料対象者証明書発行申請書

私(代理人)は、下記委任者からの委任を受け、町民税非課税世帯(生活保護世帯を含む)に係る無料対象者証明書の交付を申請します。

申請日 年 月 日

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)					

委任状

私(委任者)は、高齢者用インフルエンザ予防接種・高齢者用新型コロナウイルス感染症予防接種・高齢者用肺炎球菌予防接種 無料対象者証明書発行事務について、上記の者を代理人に指定し、免除の申請に関する一切の件を委任します。また、証明書の交付に当たり、私(委任者)の世帯全員の町民税情報等を調査することに同意します。

委任者(自署又は記名押印)				予防接種の種類		町職員記入欄
氏名		大正 昭和 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	No.
住所	広川町大字			<input type="checkbox"/>	コロナウイルス	該当・非該当
				<input type="checkbox"/>	肺炎球菌	
氏名		大正 昭和 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	No.
住所	広川町大字			<input type="checkbox"/>	コロナウイルス	該当・非該当
				<input type="checkbox"/>	肺炎球菌	
氏名		大正 昭和 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	No.
住所	広川町大字			<input type="checkbox"/>	コロナウイルス	該当・非該当
				<input type="checkbox"/>	肺炎球菌	
氏名		大正 昭和 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	No.
住所	広川町大字			<input type="checkbox"/>	コロナウイルス	該当・非該当
				<input type="checkbox"/>	肺炎球菌	

※委任者が4人以上いる場合は、「委任状(続紙)」を使用してください。

※町民税課税状況は、証明書発行の申請をした日の属する年度の賦課期日を基準とします。

※非課税世帯であって、当年1月1日現在広川町に住民票がない方は、1月1日現在住民票があった市町村の非課税世帯証明書を添付してください。

- ・本人確認：健康保険証・運転免許証・学生証・その他()
・対象者確認：(済・未済)

受付者

委任状 (続紙)

施設名		申請日	年	月	日
-----	--	-----	---	---	---

委任者 (自署又は記名押印)					予防接種の種類		町職員記入欄	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	

委任状 (続紙)

施設名		申請日	年	月	日
-----	--	-----	---	---	---

委任者 (自署又は記名押印)					予防接種の種類		町職員記入欄	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	

委任状 (続紙)

施設名		申請日	年	月	日
-----	--	-----	---	---	---

委任者 (自署又は記名押印)					予防接種の種類		町職員記入欄	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	

委任状 (続紙)

施設名		申請日	年	月	日
-----	--	-----	---	---	---

委任者 (自署又は記名押印)					予防接種の種類		町職員記入欄	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	
氏名		大正 昭和	年	月	日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	No.
住所	広川町大字						<input type="checkbox"/> コロナウイルス	該当・非該当
							<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	