

No. _____

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
高齢者用带状疱疹予防接種
無料対象者証明書発行申請書

町民税非課税世帯（生活保護世帯を含む）のため、下記のとおり無料対象者証明書の交付を申請します。なお、町民税情報の閲覧に同意いたします。

申請者氏名（窓口に来られた方）	
-----------------	--

※申請は、予防接種を受ける本人、または同世帯の方に限らせていただきます。窓口に来られた方の身分証明となるものを提示してください。同世帯でない方の申請の場合には、委任状が必要になります。

申請日 令和 年 月 日

住 所	広川町大字		
ふりがな		性 別	男 女
氏 名			
生年月日	大 ・ 昭 年 月 日	年 齢	
電話番号			
使用目的	☐ 高齢者用インフルエンザ予防接種を受けるため ☐ 高齢者用新型コロナウイルス感染症予防接種を受けるため ☐ 高齢者用肺炎球菌予防接種を受けるため ☐ 高齢者用带状疱疹予防接種を受けるため		
補助の対象となる理由	1 生活保護受給者のため 2 非課税世帯のため		

※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、令和7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

広川町長 様

令和 年 月 日

委任者住所	
委任者氏名	⑩
委任者生年月日	大 ・ 昭 年 月 日
委任者電話番号	

私は、（高齢者用インフルエンザ予防接種費用・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費用・高齢者用带状疱疹予防接種費用）の免除の申請に関する一切の件について、下記の者を私の代理人とし、委任します。

代理人住所	
代理人氏名	
代理人生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日
代理人電話番号	

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、高齢者用带状疱疹予防接種費用を受ける本人、もしくは同世帯以外の方が申請される場合には、上記の委任状が必要となります。