

この用紙は、**免除に該当する方のみ明日香村役場健康づくり課**に提出して下さい。

## 高齢者定期接種に係る 自己負担金免除等申請兼所得状況等確認同意書

記入例

高齢者定期接種に係る自己負担金の免除を受けたいので、明日香村高齢者定期接種事業実施要綱第7条2の規定により申請します。なお、申請にあたり、明日香村健康づくり課が予防接種法第28条に基づく実費の徴収の決定に関する事務手続きを処理するために限って、地方税関係情報を取得することに同意します。

■ 自己負担金免除等申請者(委任者) ※令和 7年1月31日までに接種予定 令和〇〇年△△月□□日

住所	明日香村大字立部745	電話番号	0744-54-5550
氏名	明日香 太郎	※代理人が署名、本申請をする場合、本人からの委任状が必要	
生年月日	明・大・昭	〇〇年△△月□□日	
※個人番号(マイナンバー)を記入して申請していただく場合には、世帯を同じくする親族の方等であっても代理権の確認が必要となります。			
個人番号(マイナンバー)	0 0 0 0 - 0 0 0 0 - 0 0 0 0		
委任欄 (受任者) 代理人	私は、下記の代理人(受任者)に、高齢者定期接種の自己負担金免除等申請手続きを委任します。 自己負担金免除等申請者(委任者) 明日香 太郎		
	住所	明日香村大字立部745	
	氏名	明日香 一郎	電話番号 0744-54-5550
	生年月日	明・大・昭・平	〇〇年△△月□□日生
行政手続き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第14条に基づく個人番号(同一世帯者を含む)について、予防接種法第28条に基づく実費の徴収の決定に関する事務申請時に何らかの事由により、個人番号の記載が無いまたはできない場合には明日香村役場職員が番号検索し、確認することに同意および委任します。 (委任者) 明日香 太郎			

自己負担金免除承認通知書等を必要とする予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス感染症
----------------------------	---

### ■ 免除等該当区分

※該当する区分に☑をしてください。	<input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律等による支援給付又は配偶者支援金を受けている方
-------------------	---

### ■ 自己負担金免除等申請者と同一世帯に属する予防接種希望者の方がいる場合

同意者 ※同意者自ら署名を行うこと。	氏名	個人番号(マイナンバー)	申請者との続柄
	明日香 花子	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	妻
	生年月日	明・大・昭	〇〇年△△月□□日生 (◇◇歳)

- ①申請に際しては、本人確認書類及び個人番号が確認できる書類を提示して下さい。
- ②代理人が申請書を提出する場合は、代理人の本人確認書類を提示して下さい。また、上記の委任欄に必ず申請者(委任者)本人の署名・押印等を記入して下さい。

申請者等のマイナンバー確認	<input type="checkbox"/> 申請者記載済	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (理由 )
本人確認	<input type="checkbox"/> 本人申請	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身分証明(写真付) <input type="checkbox"/> 公的証明書2点(写真なし)
	<input type="checkbox"/> 代理人申請	<input type="checkbox"/> 代理人の個人番号カード <input type="checkbox"/> 代理人の身分証明(写真付) <input type="checkbox"/> 代理人の公的証明書2(写真なし)
申請書交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	交付日 年 月 日 確認者