この用紙は、**免除に該当する方のみ明日香村役場健康こども福祉課に**提出して下さい。

**記 入 例**

**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**

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、明日香村健康こども福祉課が予防接種法第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　８年１月３１日までに接種予定　　　　　　　　 　令和**○○**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　　　　　　　　　　　　　　　　　**○○** 年 **△△**　月　**□□**　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※個人番号（マインナンバー）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 | 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。  明日香  自己負担金免除等申請者（委任者）　　　　　　　　 **明日香　太郎** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （　受任者）  代理人 | 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　　**○○**　年**△△** 月**□□** 日生 | | | | | | | | | | | | 申請者との関係 | | | | **子** | | |
| 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手続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。  明日香  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　（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 | * 高齢者インフルエンザ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　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。 | □非課税世帯  □生活保護法による被保護世帯  □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　　　　　　 **○○** 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 | | □申請者記載済 | □　該当　　　　□　非該当　　　　（理由　　　　　　　　　　　 　　　　） | | | |
| 本人確認 | □ 本人申請 | □個人番号カード □身分証明（写真付）　　　　　　□公的証明書２点（写真なし） | | | | |
| □ 代理人申請 | □代理人の個人番号カード　□代理人の身分証明（写真付）　□代理人の公的証明書２（写真なし） | | | | |
| 申請書交付方法 | | * 窓口　□ 郵送 | 交付日 | 年　　　月　　　日 | 確認者 |  |