

三木町

インフルエンザ予防接種自己負担免除申請書

私(委任者)は下記の受任者及び申請者を代理人と定め、下記の申請手続きに関する一切の権限(税務関係情報の調査の実施を含む)を委任します。

記

インフルエンザ予防接種費用免除のための
自己負担免除確認証発行を申請します。

平成 年 月 日

委任者(本人)

氏名 _____ (印)

住所 三木町大字 _____

生年月日 明・大・昭 年 月 日 _____

受任者(代理人)及び申請者(窓口に来られた人)

氏名 _____ (印)

住所 _____

続柄 _____

受任者及び申請者の本人確認

運転免許証 健康保険証 パスポート その他()

三木町

インフルエンザ予防接種自己負担免除確認証

自己負担免除者

氏名 _____

住所 三木町大字 _____

生年月日 明・大・昭 年 月 日 _____

上記の者は、平成 年度三木町の実施するインフルエンザ予防接種の
自己負担金免除項目(平成 年度町民税非課税世帯に属する人)に
該当する。

確認者 三木町健康福祉課長 _____ (印)

平成 年 月 日

「町民税非課税世帯」とは、上記必要者と同一世帯と認められた全ての世帯員が当該年度において町民税が課税されていない者(地方税法第323条により免除されていない者を含む。)である場合を言う。ただし、当該年度の町民税の課税関係が判明しない場合は、これが判明するまでの期間は前年度の課税状況によることとする。

※この自己負担免除確認証に公印がない場合は、無効です。

キ
リ
ト
リ
線

※記載例

三木町
インフルエンザ予防接種自己負担免除申請書

私(委任者)は下記の受任者(代理人)に代り、下記の申請手続きに同意し、
の調査の実施を含む)を委任する。

申請書側と同様に委任者(本人)の氏名・住所・生年月日を記入してください。

インフルエンザ予防接種費用免除のための
自己負担免除確認証発行を申請します。

平成 年 月 日

委任者(本人)

氏名 三木 花子

住所 三木町大字氷上310番地

生年月日 明・大(昭) 〇〇年 〇月 〇日

受任者(代理人)及び申請者(窓口に来られた人)

氏名 三木 太郎

住所 三木町大字氷上△△番地

続柄 長男

受任者及び申請者の本人確認
運転免許証 健康保険証 パスポート その他

三木町

インフルエンザ予防接種自己負担免除確認証

自己負担免除者

氏名 三木 花子

住所 三木町大字氷上310番地

生年月日 明・大(昭) 〇〇年 〇月 〇日

記入日現在の委任者(本人)の氏名・住所・生年月日を記入し押印してください。

実施するインフルエンザ予防接種の
町民税非課税世帯に属する人)に

記入日現在の受任者(代理人)の氏名・住所・続柄を記入し押印してください。

確認者 三木町健康福祉課長



平成 年 月 日

必要者と同一世帯と認められた全ての世帯員が当該年度において町民税が課税されていない者(地方税法第323条により免除されていない者を含む。)である場合を言う。ただし、当該年度の
が判明しない場合は、これが判明するまでの期間は前
よることとする。

受任者本人確認は申請時に窓口にて記入しますので空欄のままにしておいてください。申請時に身分証明になる物を持参してくだ

除確認証に公印がない場合は、無効です。