

三木町

## インフルエンザ予防接種自己負担免除申請書 (生)

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(生活保護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 (生)

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項目(生活保護法による被保護世帯に属する人)に該当します。

確認者 三木町住民生活課長 (印)

確認者 三木町健康福祉課長 (印)

平成 年 月 日

「生活保護法による被保護世帯」とは、当該受診者と同一世帯と認められた世帯員が生活保護法による生活扶助・医療扶助等を単給または併給のいずれかを問わず受けている場合をいう。

※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 (生)

私(委任者)は下記の受任者及び申請者を代理し、定め、下記の申請手続きに情報調査の実施を含む

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

三木

住所 三木町大字氷上310番地

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 三木 太郎

三木

住所 三木町大字氷上△△番地

続柄 □□□施設職員

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 (生)

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 ○○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(生活保護世帯に属する人)に該当します。

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

生活課長

印

確認者 三木町健康福祉課長

印

平成 年 月 日

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。

は、当該受診者と同一世帯と認められた世帯員が生活保護法による生活扶助・医療扶助等を単給または併給の場合をいう。

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さい

がない場合は、無効です。