様式2（第5条関係）

定期予防接種

函館市高齢者等定期予防接種自己負担免除券交付申請書

年　　月　　日

函 館 市 長　様

函館市高齢者等定期「予防接種自己負担免除券」の交付を受けたいので，次のとおり申請します。

☐ 私以外の世帯員が全員，市民税非課税であることを添付の資料により証明します。
☐ 私は，生活保保護の受給をしていません。

接種希望者（本人）	住　所	函館市　　町　丁目　番　号（アパート名等　　）		
	ふりがな		性別	生年月日（年齢）
	氏　名		男・女	大昭　年　月　日（　歳）
	個人番号 ※		電　話	
免除券の申請をする予防接種（いずれか1つ）	☐ 肺炎球菌感染症 ☐ 帯状疱疹 1回目接種（ビケン・シングリックス）　2回目接種（1回目接種日　年　月） ☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス感染症			
添付書類	☐ 本人を除く世帯全員分の非課税を証明する非課税証明書等の写し			
同意欄	☐ 行政手続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に基づき，同法第7条の個人番号（マイナンバー）を住民基本台帳から確認することに同意します。 ☐ 私は，函館市が関係法令に基づき，当該予防接種の自己負担金の免除手続きにあたり，市民税情報および生活保護の受給状況を取得することに同意します。			
申請者（本人・本人以外） ※本人の場合は記入不要	住　所	函館市　　町　丁目　番　号		
	氏　名			
	接種希望者との関係（続柄）			
	連絡先電話番号			

注意！ 申請には，接種希望者の本人確認資料が必要です。

委　任　状

年　　月　　日

委 任 者　住所　函館市　　町　丁目　番　号
（接種希望者）
氏名

私は，次の者を代理人として，予防接種自己負担免除券の交付申請および受領の権限を委任します。

代 理 人　住所　　町　丁目　番　号
（窓口に来る方）
氏名　　委任者(接種希望者)との関係

※ 窓口に来る方ご自身の本人確認書類の提示が必要です。

担当課確認欄		年　月　日	
確　認　者		発行	☐可　☐非