

申請日 令和 年 月 日

大和高田市 市長 殿

大和高田市高齢者定期接種(自己負担金免除・市外接種)申請書

※3人以上の申請が必要な方は、「大和高田市高齢者定期接種(自己負担金免除・市外接種)申請書・3人以上用」をご記入ください。

申請者	氏名		
	連絡先電話番号	※日中連絡がしやすい電話番号を記入してください。	
	被接種者との続柄	被接種者①	被接種者②
		☐ 本人 ☐ 親族(配偶者・子・孫・兄弟姉妹) ☐ その他親族() ☐ その他()	☐ 本人 ☐ 親族(配偶者・子・孫・兄弟姉妹) ☐ その他親族() ☐ その他()
		「 ☐ その他」の方が申請する場合は、裏面「委任状」に記載が必要です(成年後見人を除く。)	
被接種者本人以外の方(親族に限る※)が申請される場合は、 本人より「代わりに申請してほしい」旨の依頼を受けていますか。		☐ はい ☐ いいえ	
今回の申請内容をご記入ください。		☐ 定期接種自己負担金の免除 ☐ 「市外」医療機関での予防接種	

※当該申請の性質上、親族による代理申請については、被接種者本人との利益相反が生じるおそれが少ないことから委任の意思確認については、申請者の負担軽減に資するため、口頭による委任を受けた旨書面による確認及び被接種者本人並びに代理人である親族の本人確認書類により行うものとして、委任状を例外的に不要としています。

定期接種自己負担金の免除を希望する方又は「市外」医療機関での予防接種を希望する方は以下に記入してください

大和高田市予防接種事業実施要綱の規定により、大和高田市長が実施する定期接種を市内で接種することが困難であるため、定期接種依頼書の発行を次のとおり申請します。また自己負担金の免除申請も併せて申請します。なお自己負担金の免除の申請に係る審査に必要な範囲内において、本市職員が課税状況及び生活保護受給の有無を確認する為に本市が保有する関係公募等を閲覧することに同意します。

被接種者①	氏名 ☐ 申請者と同じ		
	住所	大和高田市	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日(満 歳)	
	予防接種の種類	☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 帯状疱疹(希望するワクチンに✓を記入) ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 生ワクチン ☐ 不活化ワクチン ☐ 新型コロナウイルス感染症 ※ワクチンの種類を変更する場合は再申請が必要	
	接種医療機関	名称 所在地	☐ 市内 ☐ 市外(市町村名) ☐ 県外等()
	免除区分(市外接種の申請のみは記入不要)	☐ 生活保護世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ その他()	
被接種者②	氏名		
	住所	大和高田市	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日(満 歳)	
	予防接種の種類	☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 帯状疱疹(希望するワクチンに✓を記入) ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 生ワクチン ☐ 不活化ワクチン ☐ 新型コロナウイルス感染症 ※ワクチンの種類を変更する場合は再申請が必要	
	接種医療機関	名称 所在地	☐ 市内 ☐ 市外(市町村名) ☐ 県外等()
	免除区分(市外接種の申請のみは記入不要)	☐ 生活保護世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ その他()	

「市外」医療機関での予防接種を希望する方は以下にも記入してください
(「県外等」医療機関での予防接種を希望する方は、下の欄には記入せずに「大和高田市高齢者等定期接種依頼書発行申請書(県外等用)」に記入してください。接種医療機関が県外等医療機関に該当するかわからない場合は職員にお聞きください)

この申請には県外医療機関、県内相互乗り入れ予防接種医療機関に該当しない医療機関での予防接種が含まれないことを承知しています。

被接種者①	申請理由	☐ 入院 ☐ 入所 ☐ かかりつけ医 ☐ その他()
被接種者②	申請理由	☐ 入院 ☐ 入所 ☐ かかりつけ医 ☐ その他()

市外に✓したら下の欄も記入してください
県外に✓したら下の欄も確認してください(追加書類あり)

(裏)

委任状

大和高田市 宛

委任者(被接種者①)氏名 _____

委任者(被接種者②)氏名 _____

私は、以下の者を代理人と定め、大和高田市予防接種事業実施要綱に規定する自己負担免除の申請及び市外接種の申請に係る権限を委任します。

代理人(受任者)氏名 _____

委任者(被接種者①)との関係 _____

委任者(被接種者②)との関係 _____

なお、代理人による申請の場合は、「①代理人の本人確認書類」と「②委任者(被接種者)の本人確認書類(コピー可)」が必要です。

また、委任者(被接種者)本人による署名が難しい場合は、本人の同意を確認したうえで代筆者が署名してください。

代筆者氏名 _____

行政書士又は行政書士法人でない者が被接種者本人から依頼を受け、いかなる名目によるかを問わず報酬を得て、業として申請を代理することは、行政書士法の規定により禁止されています(申請書を本人に代わって持参する使用者である場合は該当しません)

ここから下は職員記入欄です。記入しないでください。

本人確認書類	申請者	被接種者
顔写真入り (1種類)	・運転免許証(運転経歴証明書含む) ・パスポート ・マイナンバーカード ・住民基本台帳カード(写真つき) ・身体、精神障害者保健福祉手帳 ・その他()等	・運転免許証(運転経歴証明書含む) ・パスポート ・マイナンバーカード ・住民基本台帳カード(写真つき) ・身体、精神障害者保健福祉手帳 ・その他()等
顔写真なし (2種類)	・年金手帳 ・資格確認書 ・介護保険証 ・後期高齢者医療証 ・マイナンバー通知カード ・生活保護受給者証 ・その他()	・年金手帳 ・資格確認書 ・介護保険証 ・後期高齢者医療証 ・マイナンバー通知カード ・生活保護受給者証 ・その他()

世帯区分	決定区分	確認
非課税世帯	(課税・非課税)	電話確認者() 理由()
生活保護世帯	(該当・非該当)	電話確認者() 理由()

障害福祉課 情報	TEL 確認者
保護課 情報	TEL 確認者

確認者		
-----	--	--