

# 播磨町高齢者インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

令和 年 月 日

播磨町長 様

高齢者インフルエンザ予防接種助成金の交付を受けたいので、播磨町高齢者インフルエンザ予防接種実施要綱第6条第1項の規定により申請します。

申請者 (被接種者)	住所	播磨町			
	氏名		男 女	日中つながる 電話	( )
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳) ⇒満60歳～満65歳未満の場合、身体障害者手帳1級(心臓・呼吸器・腎臓) *コピー添付のこと。			
	申請理由	1. 生活保護世帯 2. 町民税非課税世帯			
代理人	住所				
	氏名		男 女	日中つながる 電話	( )
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
				続柄	

決定にあたり世帯の課税状況を確認することに同意します。

本人署名 \_\_\_\_\_

(代理人: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_)

以下は記入しないでください。	課税 確認者①	課税 確認者②	助成券 発行者
確認書類 確認したものに☑	<ul style="list-style-type: none"> <li>●対象者確認</li> <li><input type="checkbox"/> 満65歳以上</li> <li><input type="checkbox"/> 満60歳～満65歳未満の身体障害者手帳1級 ⇒ <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し添付</li> <li>●課税状況確認</li> <li><input type="checkbox"/> 生活保護世帯 (地域福祉係に確認)</li> <li><input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯</li> <li>●申請者または代理人確認 (該当するものに○)</li> <li>運転免許証、運転経歴証明書、マイナンバーカード、個人番号通知カード、保険証、旅券、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、その他 ( )</li> <li>●代理人申請の場合: (該当する場合○)</li> <li>委任状、委任状がない場合は理由を確認 (裏面上部に記載)</li> </ul>		

# 委任状

播磨町長 様

令和 年 月 日作成

委任者（頼んだ人）

住所 播磨町

氏名

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

日中つながる連絡先 ( ) -

下記の者を私の代理人と定め、播磨町高齢者インフルエンザ予防接種助成金交付申請に関する権限を委任します。

代理人（頼まれた人）

住所

氏名

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

## 【注意】

※窓口で、代理の方の本人確認をさせていただきます。本人確認書類（運転免許証など）をお持ちください。

※上記内容は、委任者本人が代理人欄も含めてすべて記入してください。