

自己負担金免除証明書発行申請書 兼 委任状

善通寺市長 様 申請日： 令和 年 月 日

特定健康診査等の受診 又は予防接種等に当たり、自己負担金免除証明書の発行を申請します。
なお、申請に当たり生活保護受給及び市民税非課税世帯に関わる課税状況を確認することに同意します。

■希望する自己負担金免除証明書 (☑をつけてください)	☐ 〇 特定健康診査	【60～65歳未満】 (心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全) ☐ 〇 高齢者肺炎球菌ワクチン ☐ 〇 インフルエンザワクチン ☐ 〇 新型コロナワクチン (ヒト免疫不全) ☐ 〇 帯状疱疹1回目(生・組み換え) ☐ 〇 帯状疱疹2回目(組み換え)	
	☐ 〇 後期高齢者医療制度健康診査		
	☐ 〇 胃がん検診 (集団)・(個別)		
	☐ 〇 子宮頸がん検診 (集団)・(個別)		
	☐ 〇 大腸がん検診		
	☐ 〇 前立腺がん検診		
	☐ 〇 肺がん検診(喀痰検査)		
	☐ 〇 乳がん検診 (集団)・(個別)		
	【65歳以上】		
	☐ 〇 高齢者肺炎球菌ワクチン		
☐ 〇 帯状疱疹1回目(生・組み換え)			
☐ 〇 帯状疱疹2回目(組み換え)			
☐ 〇 インフルエンザワクチン			
☐ 〇 新型コロナワクチン			

申請者	住所		電話	-
	氏名		続柄	

※代理人が申請に来ている場合、下記の委任状の記入が必要です。
(ただし、住民票上同一世帯の親族の方は「委任状」は不要です。)

委任状

特定健康診査等又は予防接種等の自己負担金免除証明書の交付申請及び受領について、上記の者に委任します。なお、申請に当たり生活保護受給及び市民税非課税世帯に関わる課税状況を確認することに同意します。

(委任者) 令和 年 月 日
住 所 善通寺市
氏 名 (印)

■自己負担金免除証明書が必要な人の氏名
(同じ世帯で希望者が複数名いる場合は、一緒にご記入ください。)

氏 名	生 年 月 日	年齢
ふりがな	大 ・ 昭 ・ 平	
☐	年 月 日	
氏 名	生 年 月 日	年齢
ふりがな	大 ・ 昭 ・ 平	
☐	年 月 日	

■受付処理欄

本人確認書類	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 資格確認書 ☐ その他()
発行の有無 (あてはまる方に☑をする)	☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護受給者 ☐ 課税世帯
発行日	令和 年 月 日