

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

特定健康診査や各種がん検診等の受診又は予防接種に当たり、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、申請日時点での生活保護受給状況または同一世帯員全員の住民税課税状況及び住民基本台帳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)	<input type="checkbox"/> ○ 特定健康診査	【60～65歳未満】
	<input type="checkbox"/> ○ 後期高齢者医療制度健康診査	<input type="checkbox"/> ○ 高齢者肺炎球菌予防接種
	<input type="checkbox"/> ○ 胃がん検診	<input type="checkbox"/> ○ 帯状疱疹予防接種1回目(生・組み換え)
	<input type="checkbox"/> ○ 子宮頸がん検診	<input type="checkbox"/> ○ 帯状疱疹予防接種2回目(組み換え)
	<input type="checkbox"/> ○ 大腸がん検診	<input type="checkbox"/> ○ インフルエンザ予防接種
	<input type="checkbox"/> ○ 前立腺がん検診	<input type="checkbox"/> ○ 新型コロナウイルス感染症予防接種
	<input type="checkbox"/> ○ 乳がん検診	
	<input type="checkbox"/> ○ 骨粗しょう症検診	
	【65歳以上】	
	<input type="checkbox"/> ○ 高齢者肺炎球菌予防接種	

申請者	住所		電話	-
	氏名		続柄	

※代理人が申請される場合、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及び法定代理人の方は「委任状」は不要です。)

委任状

上記の者を代理人と定め、自己負担金免除証明書の交付申請及び受領における一切の権限を委任します。

(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	
<input type="checkbox"/>	年 月 日	
氏名	生年月日	年齢
ふりがな	大・昭・平	
<input type="checkbox"/>	年 月 日	

■受付処理欄

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