

高齢者予防接種用委任状

申 込 者	氏 名	
	住 所	
	電話番号	

私は、(インフルエンザ・高齢者の肺炎球菌感染症) 予防接種を受けたいので、上記の者を代理人と定め、下記事項を委任します。また、発行事務に際して、向日市が私の住民基本台帳・世帯の課税状況を確認することに同意します。

記

- 1 インフルエンザ・高齢者の肺炎球菌感染症予防接種に関わる予診票、保健事業等自己負担金無料カードの発行手続き及び受け取り
- 2 インフルエンザ・高齢者の肺炎球菌感染症予防接種依頼書の発行申請手続き

委任した日		令和	年	月	日	
希望予防接種 (高齢者インフルエンザ ・ 高齢者の肺炎球菌感染症)						
予 防 接 種 を 受 け る 人	氏 名					印
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	
	住 所	向日市				町
	電話番号					

*本人の直筆でご記入いただき、押印してください。

*身体状況により、本人の直筆ができない場合は、(代筆) 氏名 を書いてください。

*手続きの際に代理人の身分証明書を確認させていただきます。