

令和 年 月 日

(あて先) 八尾市長

申請者(施設)名 称: \_\_\_\_\_

代表者氏名: \_\_\_\_\_

担当者氏名: \_\_\_\_\_

住 所: \_\_\_\_\_

電 話 番 号: \_\_\_\_\_

**施設入所(入院)に伴う高齢者の定期予防接種費用免除の代理申請について**

標記の件につきまして、当施設に入所(入院)する者が定期予防接種を受けるに当たり、高齢者予防接種費用免除申請書を別紙のとおり提出させていただきます。

なお、各申請書を提出する際、下記のとおり、各委任者(被接種者)から施設代表者に本申請に係る権限を委任されておりますことを申し添えます。

**記**

(令和 年度高齢者予防接種費用免除申請の権限を上記施設代表者に委任する者)

No	委任者(被接種者)氏名	性別	No	委任者(被接種者)氏名	性別
1	Ⓜ	男・女	11	Ⓜ	男・女
2	Ⓜ	男・女	12	Ⓜ	男・女
3	Ⓜ	男・女	13	Ⓜ	男・女
4	Ⓜ	男・女	14	Ⓜ	男・女
5	Ⓜ	男・女	15	Ⓜ	男・女
6	Ⓜ	男・女	16	Ⓜ	男・女
7	Ⓜ	男・女	17	Ⓜ	男・女
8	Ⓜ	男・女	18	Ⓜ	男・女
9	Ⓜ	男・女	19	Ⓜ	男・女
10	Ⓜ	男・女	20	Ⓜ	男・女

※上記申請者の内、申請書の「【2】個人番号書類による申請」の場合は、印鑑を押印して下さい。