

高齢者等に係る予防接種に係る

委任状

予防接種を受ける人(原則、被接種者本人が記載してください。)

被接種者	氏名 (判読できる限りは自署願います)	
	氏名を自署できない場合 代理人が記載した理由	(例：認知症で文字が分からず書けないため)
	生年月日	年 月 日
	住所	美濃加茂市
	接種予防接種名 (いずれかにレ点)	☐ インフルエンザ予防接種 ☐ 新型コロナ予防接種 ☐ 高齢者肺炎球菌予防接種

私は上記の予防接種に係る次の(1)と(2)の事項について、そのいずれかまたは両方を下記の者を代理人に定め、これを委任します。

- (1) 美濃加茂市予防接種実施依頼書交付申請書の記載及び提出に係る手続き
- (2) 美濃加茂市予防接種費用助成金交付申請書の記載及び提出に係る手続き

代理人(必ず代理人本人が記載してください。)

手続きを委任される人	フリガナ 氏名	
	住所 (代理人の住んでいる場所)	
	本人との続柄 (いずれかにレ点)	☐ 別世帯の親族※ ¹ (続柄) ☐ 平素から被接種者の身の回りの世話をしている者※ ² ↓ ※ ² 親族以外が代理人となる場合は委任される理由を具体的に記入 ↓ (施設職員が代理人となる場合は施設の名称、所在地も記入)
	代理人につながる 電話番号	※市外局番から

(注意)

※ 1 同じ住宅に住んでいても世帯分離されている場合は別世帯とみなします。

※ 2 窓口申請の際は代理人に関する次の身分証明書の提示(コピーします)、WEB 申請の場合は当該証明書を撮影した写真の添付が必要です。

- ① 代理人の有効期限内の顔写真付き公的身分証明書(マイナンバーカード・運転免許証等)
- ② 代理人が施設職員等の場合は①に合わせて当該施設等の職員証等の施設に勤めていることが分かるもの