

下記事項が全て記載されていれば任意様式で作成も可能

この書類を記入した日 年 月 日

美濃加茂市長 宛

予防接種に係る
委任状

①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 (委任者) | 氏名 (判読できる限り自署願います) | |
| | 氏名を自署できない場合に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 | 西暦・和暦 (T.S.H.R) 年 月 日 |
| | 住所 | 美濃加茂市 |
| | つながる電話番号 | ※市外局番から |

私は上記①の者の予防接種に係る委任事項②(レ点の項目)について、③に記載されている者を代理人に定め、これを委任します。

②委任事項

| | |
|----|---|
| 内容 | <input type="checkbox"/> 予防接種台帳の閲覧 <input type="checkbox"/> 予診票の受け取り <input type="checkbox"/> 予診票の再発行 <input type="checkbox"/> 予防接種費用助成事業にかかる手続き(親族以外の場合は健康課への事前相談が必要) (接種予定の予防接種名(回数)→) <input type="checkbox"/> その他 () |
|----|---|

③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 | |
| | 本人との続柄 (いずれかにレ点) | <input type="checkbox"/> 別世帯の親族※1(続柄) <input type="checkbox"/> 入所している施設職員※2 <input type="checkbox"/> 平素から被接種者の身の回りの世話をしている者※3 ↓ ※2 施設職員が代理人となる場合は施設所在地と名称を記入↓ ※3 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↓ |
| | 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出(健康課にてコピーします)、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・運転免許証等をお持ちください。健康課コピーさせていただきます。)

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