

保健事業関係書類等 (再) 交付申請書

— 誓約書 (委任状) —

①受任者(申請者)の責任において、②委任者(本人)に代わり、下記③の書類を(再)交付申請します。なお、受領については、異議が生じても受任者の責任において処理いたします。

申請日		年 月 日	電話
① 受任者 (申請者)	氏名		
	住所		
窓口 に 来られた方	続柄	<input type="checkbox"/> 1.親族 ()	名称(事業所名等) : 住所(上記と別の場合) : 電話(上記と別の場合) :
		<input type="checkbox"/> 2.後見人	
<input type="checkbox"/> 3.入所等施設			
<input type="checkbox"/> 4.ケアマネ			
<input type="checkbox"/> 5.その他 ()			
② 委任者 (本人)	氏名		
	住所	綾川町	
	生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日
③ (再)交付 希望書類	予防接種	<input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 小児ワクチン (<input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B肝 <input type="checkbox"/> 四混 <input type="checkbox"/> 五混 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日脳 <input type="checkbox"/> 二混 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん)	
		検診 受診券	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 健康診査 <input type="checkbox"/> 統合受診券 (<input type="checkbox"/> 肺がん結核 <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> 若い世代健診)
	その他		
送付希望先 (郵送発行の場合、いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>)		<input type="checkbox"/> ①受任者 (申請者) 宛 <input type="checkbox"/> ②委任者 (本人) 宛	

■ 本人確認書類をお持ちください。(郵送申請の場合は、下記写しを必ず添付のこと)

①受任者(申請者) 確認書類	1.親族	2.後見人	3.入所等施設	4.ケアマネ	5.その他
・免許証 ・マイナンバーカード ・保険証 ・キャッシュカード のいずれか一つ	○ (窓口で①が申請書を記入する場合、①1.親族及び②本人分が必要)	○	△ (②本人分)	△ (②本人分)	○
・後見人証明書		○			他、本人との関係が分かる書類
・勤務先発行の身分証			○	○	
・入所時等の契約関係書類 (入所年月日及び施設名等記載の介護保険証・個人情報同意書等) 等			○ (又は△)	○ (又は△)	

※ 不正な手段により、この誓約書を作成した場合は、私文書偽造となります。