

※自己負担金免除対象者以外は申請不要です

带状疱疹定期予防接種自己負担金免除申請書

舞鶴市長様

带状疱疹定期予防接種の自己負担金免除の適用を受けたいので申請します。
なお、申請にあたり私及び世帯員の課税状況照会を求めることに同意します。

●自己負担金免除申請者（接種希望者）
年 月 日

住所 〒 舞鶴市	電話番号
氏名 (印)	生年月日 大・昭 年 月 日生

●接種希望者以外が申請される場合は、記入してください

代理人	接種希望者との関係（ ）	住所	
		電話番号	
委任欄	この申請に関する一切の手続きを上記の人に委任します。 委任者氏名（接種希望者） 署名 (印)		

●自己負担金免除通知書の送付先が、接種希望者の住所と異なる場合は記入してください

送付先	住所 〒	電話番号
	宛名	接種希望者との関係（ ）

＜処理欄＞ ※以下記入不要

申請受付方法	☐ 保セ窓口	☐ 郵送	受付日	年 月 日		
通知書交付方法	☐ 保セ窓口	☐ 郵送	交付日	年 月 日	交付者	

課・非・生・未（単／ ）