

※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（転入者用）

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・生活保護受給状況の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 〒 ー 舞鶴市	電話番号 ー
氏名 ㊟	生年月日 大 昭 年 月 日生
	個人番号 マイナンバー
世帯の状況 ※該当するものに☑をしてください ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯	

●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 ㊟		

●申請者と同一世帯に属する16歳以上の方

氏名	生年月日	申請者との続柄	氏名	生年月日	申請者との続柄

●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 〒 ー
	宛名

◇同意する方が自ら署名をしてください。

◇申請に際しては、本人確認書類及び個人番号が確認できる書類を提示してください。

◇代理人が申請書を提出する場合は、代理人の本人確認書類を提示してください。

◇署名欄が不足する場合は、欄外に記載して差し支えありません。

＜処理欄＞ ※以下記入不要

申請受付方法	☐ 保せ窓口	☐ 郵送	受付日	年 月 日	
本人確認	☐ 本人申請	☐ 個人番号カード	☐ 身分証明書（写真付）	☐ 公的証明書2点（写真なし）	
	☐ 代理人申請	☐ 個人番号カード	☐ 身分証明書（写真付）	☐ 公的証明書2点（写真なし）	
通知書交付方法	☐ 保せ窓口	☐ 郵送	交付日	年 月 日	交付者

課・非・生・未（単／）