

※自己負担金免除対象者以外は申請不要です

インフルエンザ/新型コロナウイルス感染症 定期予防接種自己負担金免除申請書

舞鶴市長様

インフルエンザ/新型コロナウイルス感染症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。

●免除申請を希望される予防接種の種類に☑を付けてください。

☐ インフルエンザ	☐ 新型コロナウイルス感染症	☐ どちらも
----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------

●申請者 年 月 日

住所 〒	—	電話番号	—
舞鶴市			
氏名	⑩	生年月日	大・昭 年 月 日生
氏名	⑩	生年月日	大・昭 年 月 日生
氏名	⑩	生年月日	大・昭 年 月 日生

この申請に関する一切の手続きを下記の者に委任します。

（代理人が申請される場合は記入してください。）

代理人	氏 名	接種希望者との関係（ ）
	電話番号	

●送付先が、上記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	—
送 付 先 氏名・名称				

＜市処理欄＞ ※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／ ）