

※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（転入者用）

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・生活保護受給状況の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	印	生年月日	大・昭 年 月 日生
		個人番号 マイナンバー	
氏名	印	生年月日	大・昭 年 月 日生
		個人番号 マイナンバー	

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	

●接種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

●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		

◇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。

＜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		
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	☐ 保セ窓口	☐ 郵送	交付日	年 月 日	交付者	

課 ・ 非 ・ 生 ・ 未 （ 単 / ）