

带状疱疹予防接種自己負担金確認申請書

大牟田市長 殿

市民税非課税世帯のため、予防接種料金の自己負担額の確認書の交付を申請します。

なお、事務処理に当たっては、世帯員の課税状況を確認されることを承諾します。

年 月 日 記入

接種を受ける方	現住所	〒 大牟田市		電話	- -
	フリガナ			生年月日	大正・昭和・西暦 年 月 日 () 歳
	氏名				

代理人（同居の親族以外）の方が 申請される場合	●委任状が必要になります。 ●裏面の委任状に記入をお願いします。
----------------------------	-------------------------------------

郵送方法

次の必要書類（【①+②】又は【①+③】）を右記のあて先に郵送してください。

本人が申請する場合			あて先 〒836-0843 大牟田市不知火町1丁目5-1 大牟田市保健福祉部 保健衛生課保健予防担当
① 自己負担確認申請書 この書類	② 本人確認書類のコピー ●健康保険証 ●運転免許証 ●マイナンバーカード など いずれか1つ		
代理人が申請する場合			
① 自己負担確認申請書 この書類	③ 代理人の確認書類のコピー ●健康保険証 ●運転免許証 ●マイナンバーカード など いずれか1つ		

<問合せ先>

〒836-0843 大牟田市不知火町1丁目5-1
大牟田市保健福祉部保健衛生課保健予防担当
電話 0944-41-2669

お 願 い

結果通知書の発行には、目安として
申請後10日前後の期間を要しますので、
余裕を持って申請して下さい。

以下市処理欄

(何も記入しないでください)

受付年月日		来訪者の 確認方法	☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他 ()
申請方法	☐ 窓口 ☐ 郵送 ☐ 電子		
申請者	☐ 本人又は同居の家族 ☐ 代理人		

審査欄	課 税
	非課税

委任状

(あて先) 大牟田市長

接種を 受ける方	現住所	大牟田市		
	フリガナ		電 話	- -
	氏 名		生年 月日	大正・昭和・西暦 年 月 日

私は、次の者を代理人と定め、予防接種自己負担金確認申請に関する事項を委任します。

代理人	現住所			
	フリガナ		生年 月日	大正・昭和・西暦 年 月 日
	氏 名			