

## 帯状疱疹予防接種自己負担金確認申請書

電子申請はこちら



大牟田市長 殿

市民税非課税世帯（令和8年度分）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。

※令和8年度市民税（令和7年1月1日から令和7年12月31日の所得）に基づき判断 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
	氏名				( ) 歳

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 ※切手（必要金額分）を貼ってください

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	
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 ●マイナンバーカード ●運転免許証 ●資格確認書 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 ●マイナンバーカード ●運転免許証 ●資格確認書 など いずれか1つ

切手

あて先

〒836-0843  
大牟田市不知火町1丁目5-1  
(保健センター2階)  
保健衛生課保健予防担当

## &lt;問合せ先&gt;

〒836-0843 大牟田市不知火町1丁目5-1  
保健衛生課保健予防担当（保健センター2階）  
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	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
申請方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電子		<input type="checkbox"/> 運転免許証
申請者	<input type="checkbox"/> 本人又は同居の家族 <input type="checkbox"/> 代理人		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他 ( )

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		生年月日	年 月 日

### 【その他】

- ・不活化ワクチンを接種した人は、2回目の案内と同時に自己負担金の確認書を送付します。再度申請いただく必要はありません。