

带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。

※申請日における世帯状況及び令和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	大正・昭和・西暦
	氏名		年月日	年 月 日 () 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

<問合せ先>

〒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	☐ マイナンバーカード
申請方法	☐ 窓口 ☐ 郵送 ☐ 電子		☐ 運転免許証
申請者	☐ 本人又は同居の家族 ☐ 代理人		☐ 資格確認書 ☐ 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
	氏 名		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。