

# 新型コロナウイルス感染症及び高齢者インフルエンザ予防接種自己負担免除対象者確認申請書

紛失等による再申請の場合は

(申請先) 横浜市長

申請日：令和 年 月 日

1 該当する項目にチェックしてください。

接種を希望するワクチン種別	令和7年度の定期接種歴(令和7年10月1日以降)
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症(令和8年2月28日まで)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(減免申請不可)
<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ(令和7年12月31日まで)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(減免申請不可)

課税状況 (1) 私の世帯全員の市民税・県民税の課税状況を調査することに同意します。

(2)  (1)に同意しない場合) 私の世帯全員の市民税・県民税の課税状況を証する書類を提出します。

2 どなたの証明が必要ですか。

フリガナ	生年月日	
氏名	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)	
現在の住所	横浜市	
令和7年1月1日時点の住所 ( <input type="checkbox"/> 現住所と同じ)		
個人番号(マイナンバー) ※令和7年1月1日時点で市外在住の場合	電話番号	

3 現在同一世帯で、令和7年1月1日時点で横浜市外在住の方がいる場合は、下の欄も記入してください。

フリガナ	生年	明治・大正・昭和・平成・令和
氏名	月日	年 月 日生
住所 (令和7年1月1日時点)		
個人番号(マイナンバー)		

フリガナ	生年	明治・大正・昭和・平成・令和
氏名	月日	年 月 日生
住所 (令和7年1月1日時点)		
個人番号(マイナンバー)		

4 本人以外が申請する場合に記入してください。

代理人の氏名	接種を受ける方との関係	
代理人の住所	<input type="checkbox"/> 同一世帯員	<input type="checkbox"/> 別世帯 (以下に関係性を記載) ( )

5 4の方が、2の方と別世帯の場合は、2の方が下の委任状に記入してください。

〈委任状〉私(2の方)は、4の方に、新型コロナウイルス感染症及び高齢者インフルエンザ予防接種自己負担免除に係る申請手続きを委任します。

接種を受ける方の氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

※事情により本人が自署できない場合、本人の押印が必要です。

### <区役所記入欄>

マイナンバー 本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他( )	本人 確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他( )	対 応 結 果	<input type="checkbox"/> 該当:確認書発行 <input type="checkbox"/> 非該当
マイナンバー 本人以外	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他( )	代理人 確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他( )	確認者	