8帯

区　局　用

帯状疱疹ワクチン接種自己負担免除対象者申請書

申請日：令和　　年　　月　　日

□　紛失等による再申請の場合は☑

（申請先）横浜市長

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８年度の定期接種完了歴（令和８年４月１日以降）	発行希望枚数
□生ワクチン	□なし　□あり（減免申請不可）	□１枚
□組換えワクチン		□１枚　□２枚
□未定		□１枚　□２枚

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　日生（　歳）	
現　在　の　住　所	横浜市		
令和８年１月１日時点の住所 （□ 現住所と同じ）			
個人番号（マイナンバー） **※令和8年1月1日時点で市外在住の場合**		電話番号	

3　現在同一世帯かつ令和８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		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年　月　日生
氏　　名			
住所（令和8年1月1日時点）			
個人番号（マイナンバー）			

フ　リ　ガ　ナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年　月　日生
氏　　名			
住所（令和8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		□ 同一世帯員	□ 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の方が下の委任欄に記入してください。

〈委任状〉私（２の方）は、４の方に、帯状疱疹ワクチン接種自己負担免除に係る申請手続きを委任します。

※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。

接種を受ける方の氏名　　印

＜区局職員記入欄＞

マイナンバー 本人確認	□マイナンバーカード　□住民票 □通知カード　□その他（　）	本　人 確　認	□マイナンバーカード　□資格確認証 □運転免許証　□その他（　）	対　応 結　果	□該当：確認書発行 □非該当
マイナンバー 本人以外	□マイナンバーカード　□住民票 □通知カード　□その他（　）	代理人 確　認	□マイナンバーカード　□資格確認証 □運転免許証　□その他（　）	確認者	