

## 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

申請日：令和 年 月 日

(申請先) 横浜市長

 紛失等による再申請の場合は

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6年度の定期接種歴(令和6年10月1日以降)
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス(令和7年1月31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6年12月31日まで)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(減免申請不可)

・課税状況について 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。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6年1月1日時点の住所 (現住所と同じ場合は「同上」と記入)		
個人番号(マイナンバー) ※令和6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6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6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6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。

窓口に来た方(代理申請する方)の氏名		接種を受ける方との関係
窓口に来た方(代理申請する方)の住所		同一世帯員

⑤窓口に来た方が、接種を受ける方の同一世帯員以外の場合は、下の委任欄に記入してください。

私は、上記の者に、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

(接種を受ける方本人の署名の場合、押印は不要です。)

&lt;区役所記入欄&gt;

マイナンバー 確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他( )	申請者 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"/> 住基カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 年金等手帳 <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
--------------	--	-----------	---	----------	---