高齢者用肺炎球菌

平成３０年度

予防接種用非課税確認書交付申請書

市民税非課税世帯のため、下記のとおり非課税確認書の交付を申請します。　　申請日　平成　　年　　月　　日

また、申請にあたっては、市県民税情報閲覧に同意いたします。

申請者氏名	＊代理人の場合は、この申請書のほかに『委任状』が必要です。 ＊但し、住民票上同一世帯の親族の方は『委任状』は不要です。

住所	小郡市			電話番号			
使用目的	高齢者用肺炎球菌ワクチンの接種を受けるため。						
氏名		生年月日	T/S　　年　　月　　日（　　歳）	氏名		生年月日	T/S　　年　　月　　日（　　歳）
氏名		生年月日	T/S　　年　　月　　日（　　歳）	氏名		生年月日	T/S　　年　　月　　日（　　歳）

市記入欄

■本人確認

□運転免許証　□健康保険証　□パスポート　□医療証　□年金手帳　□年金証書
□介護保険証　□公的機関の交付する手帳　　□住基カード
□その他（　　）

■対象者確認　（　該当　・　非該当　）
■非課税確認　（　該当　・　非該当　）
■発行枚数　　（　　枚）

■課税情報確認年度
□H29年度（黄色/H30.6.30まで）
□H30年度（ピンク色/H31.3.31まで）

■世帯員課税情報確認

小郡市健康課　　受付者（必須）

対象となる生年月日　※該当する生年月日をチェック

□昭和２８年４月２日生～昭和２９年４月１日生　□昭和１３年４月２日生～昭和１４年４月１日生　□大正１２年４月２日生～大正１３年４月１日生
□昭和２３年４月２日生～昭和２４年４月１日生　□昭和　８年４月２日生～昭和　９年４月１日生　□大正　７年４月２日生～大正　８年４月１日生
□昭和１８年４月２日生～昭和１９年４月１日生　□昭和　３年４月２日生～昭和　４年４月１日生