

インフルエンザ

記入例 赤字部分の記載をお願いします

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 令和 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	<b>小郡 花子</b>	※代筆者の場合は代筆者名も記入 (代筆: 小郡次郎)	* 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 <b>二森 1 1 6 7 - 1</b>	電話番号	<b>0 9 4 2 - 7 2 - 6 6 6 6</b>
----	---------------------------	------	--------------------------------

使用目的	定期インフルエンザワクチンの接種を受けるため。		
------	-------------------------	--	--

氏名	<b>小郡 花子</b>	生年月日	M/T/S <b>1 7 年 4 月 Δ 日 ( 7 9 歳 )</b>	氏名		生年月日	M/T/S	年	月	日 ( 歳 )			
氏名		生年月日	M/T/S	年	月	日 ( 歳 )	氏名		生年月日	M/T/S	年	月	日 ( 歳 )
氏名		生年月日	M/T/S	年	月	日 ( 歳 )	氏名		生年月日	M/T/S	年	月	日 ( 歳 )

市記入欄

<p>■本人確認</p> <p><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"/>医療証 <input type="checkbox"/>年金手帳 <input type="checkbox"/>年金証書</p> <p><input type="checkbox"/>介護保険証 <input type="checkbox"/>公的機関の交付する手帳 <input type="checkbox"/>マイナンバーカード</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>■非課税確認 ( 該当 ・ 非該当 )</p> <p>■発行枚数 ( <b>1</b> 枚)</p>	<p>■世帯員課税情報確認</p> <p>小郡市健康課 受付者 ( 必須 ) _____</p>
---	--