

高齢者用肺炎球菌

記入例 赤字：申請者

令和〇年度

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 令和 〇 年 〇 月 〇 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

小郡 花子

※代筆者の場合は代筆者名も記入

(代筆：小郡次郎 続柄：長男)

\* 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 二森 1 1 6 7 - 1	電話番号	0 9 4 2 - 7 2 - 6 6 ▲▲
----	-----------------------	------	------------------------

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	小郡 花子	生年月日	大正・昭和 〇年 5月 25日 (65歳)	氏名		生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
氏名		生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)	氏名		生年月日	大正・昭和 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  マイナンバーカード  
 その他 ( )

■対象者確認 ( 該当 ・ 非該当 )

■課税情報確認年度

■非課税確認 ( 該当 ・ 非該当 )

令和4年度 ( 黄色/R5. 6. 30まで)

■発行枚数 ( 枚)

令和5年度 (ピンク/R6. 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33年4月2日生～昭和34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  
 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