

高齢者用肺炎球菌

令和2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 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	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)	氏名	生年月日	大正・昭和	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"/> 住基カード</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>■ 対象者確認 (該当 ・ 非該当) ■ 課税情報確認年度</p> <p>■ 非課税確認 (該当 ・ 非該当) <input type="checkbox"/> 令和元年度 (黄色/R2.6.30まで)</p> <p>■ 発行枚数 (枚) <input type="checkbox"/> 令和2年度 (ピンク色/R3. 3.31まで)</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>
---	--

対象となる生年月日 ※該当する生年月日をチェック

<input type="checkbox"/> 昭和30年4月2日生～昭和31年4月1日生	<input type="checkbox"/> 昭和15年4月2日生～昭和16年4月1日生	<input type="checkbox"/> 大正14年4月2日生～大正15年4月1日生
<input type="checkbox"/> 昭和25年4月2日生～昭和26年4月1日生	<input type="checkbox"/> 昭和10年4月2日生～昭和11年4月1日生	<input type="checkbox"/> 大正 9年4月2日生～大正10年4月1日生
<input type="checkbox"/> 昭和20年4月2日生～昭和21年4月1日生	<input type="checkbox"/> 昭和 5年4月2日生～昭和 6年4月1日生	