

インフルエンザ

課長	課長補佐	係長	係

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。
 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。

申請日 令和 年 月 日

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	定期インフルエンザワクチンの接種を受けるため。		
氏名	生年月日	M/T/S 年 月 日 (歳)	氏名
氏名	生年月日	M/T/S 年 月 日 (歳)	氏名
氏名	生年月日	M/T/S 年 月 日 (歳)	氏名

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 (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>
---	---