

高齢者用肺炎球菌

記入例：赤字部分の記載をお願いします。

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	<p><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 続柄：長男)</p>	<p>* 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。</p>
-------	---	--

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 ▲▲</b>
----	---------------------------	------	-------------------------------

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	<b>小郡 花子</b>	生年月日	大正・ <b>昭和 3 0</b> 年 <b>5 月 2 5</b> 日 ( <b>6 5</b> 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年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   |  |