インフルエンザ

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	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		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

■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（　　）

■非課税確認　（　該当　・　非該当　）

■発行枚数　（　　枚）

■世帯員課税情報確認

小郡市健康課　　受付者（必須）＿＿＿＿＿＿＿＿