

インフルエンザ

記入例：赤字部分の記載をお願いします。

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 2年 〇月 △日

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)	* 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 6 6
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	小郡 花子	生年月日	M/T/S 1 7 年 4 月 △ 日 (7 8 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

<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>
--	--