

高齢者用肺炎球菌

記入例 赤字：申請者 青字：職員

令和〇年度

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 〇 年 〇 月 〇 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	小郡 花子	※代筆者の場合は代筆者名も記入 (代筆：小郡次郎 続柄：長男)	* 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 ▲▲
----	--------------------	------	------------------------

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	小郡 花子	生年月日	大正・昭和 〇 年 5 月 2 5 日 (6 5 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	
■ 本人確認 ※申請者の本人確認を行い確認書類に☑を入れる ☑ 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 () ■ 対象者確認 (該当 ・ 非該当) ■ 課税情報確認年度 ■ 非課税確認 (該当 ・ 非該当) □ 令和2年度 (黄色/R 3 . 6 . 3 0 まで) ※どの年度の課税状況で確認したのか☑ ■ 発行枚数 (1 枚) □ 令和3年度 (ピンク/R 4 . 3 . 3 1 まで)	■ 世帯員課税情報確認 小郡 花子 (S 2 7 . 5 . 2 5) 非課税 ※同一世帯の方の 小郡 次郎 (S 5 0 . 1 . 5) 非課税 課税状況を記入 小郡市健康課 受付者 (必須) 対応職員名記入

対象となる生年月日 ※該当する生年月日をチェック		※接種者が今年度の対象者が確認しチェックを入れる。対象外の方への発行は不可	
☑ 昭和 3 1 年 4 月 2 日生 ~ 昭和 3 2 年 4 月 1 日生	□ 昭和 1 6 年 4 月 2 日生 ~ 昭和 1 7 年 4 月 1 日生	□ 大正 1 5 年 4 月 2 日生 ~ 昭和 2 年 4 月 1 日生	
□ 昭和 2 6 年 4 月 2 日生 ~ 昭和 2 7 年 4 月 1 日生	□ 昭和 1 1 年 4 月 2 日生 ~ 昭和 1 2 年 4 月 1 日生	□ 大正 1 0 年 4 月 2 日生 ~ 大正 1 1 年 4 月 1 日生	
□ 昭和 2 1 年 4 月 2 日生 ~ 昭和 2 2 年 4 月 1 日生	□ 昭和 6 年 4 月 2 日生 ~ 昭和 7 年 4 月 1 日生		