

带状疱疹

令和7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	* 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	带状疱疹ワクチンの接種を受けるため。		
------	--------------------	--	--

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)	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"/>マイナンバーカード <input type="checkbox"/>パスポート <input type="checkbox"/>医療証 <input type="checkbox"/>年金手帳</p> <p><input type="checkbox"/>年金証書 <input type="checkbox"/>介護保険証 <input type="checkbox"/>公的機関の交付する手帳</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6年度 (ふじ/R 7. 6. 30まで)</p> <p>■発行枚数 ( 枚 ) <input type="checkbox"/>令和7年度 (ｸﾘｰﾑ/R 8. 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35年4月2日生～昭和36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30年4月2日生～昭和31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14年4月1日生以前          |
| <input type="checkbox"/> 昭和25年4月2日生～昭和20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 |  |