

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	高齢者用肺炎球菌ワクチンの接種を受けるため。						
氏名		生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	氏名		生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
氏名		生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	氏名		生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
市記入欄							
<p>■本人確認</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 <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 <input type="checkbox"/> その他 () <p>■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) <input type="checkbox"/>令和5年度(黄色/R 6. 6. 30まで) ■発行枚数 (枚) <input type="checkbox"/>令和6年度(ピンク/R 7. 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

65歳の人であるか確認(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日前日までが接種対象期間)

※65歳になってからでないと予防接種の対象となりません。