

予防接種用非課税確認書交付申請書 兼 委任状

肺炎球菌

申請日 令和 年 月 日

所在地 _____

代理人
(窓口に来られた方)

施設名 _____

職種・氏名 _____

電話番号 _____

予防接種非課税確認書(定期高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種)交付申請について、現在入院・入所しており、来庁できませんので、上記の者に委任いたします。

氏名	住所	生年月日	印	市記入欄 非課税確認
		T/S 年 月 日(歳)		
		T/S 年 月 日(歳)		
		T/S 年 月 日(歳)		
		T/S 年 月 日(歳)		
		T/S 年 月 日(歳)		
		T/S 年 月 日(歳)		
		T/S 年 月 日(歳)		
		T/S 年 月 日(歳)		
		T/S 年 月 日(歳)		
		T/S 年 月 日(歳)		
		T/S 年 月 日(歳)		
		T/S 年 月 日(歳)		
		T/S 年 月 日(歳)		
		T/S 年 月 日(歳)		
		T/S 年 月 日(歳)		
		T/S 年 月 日(歳)		

本人確認欄

- 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 ()

市記入欄

小郡市役所 健康課

受付者 (必須)