

高齢者用肺炎球菌

令和5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	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	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"/>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>■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4年度(黄色/R5.6.30まで)</p> <p>■発行枚数 (枚) <input type="checkbox"/>令和5年度(ピンク/R6.3.31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33年4月2日生～昭和34年4月1日生 | <input type="checkbox"/> 昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 | <input type="checkbox"/> 昭和 3年4月2日生～昭和 4年4月1日生 |
| <input type="checkbox"/> 昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 | <input type="checkbox"/> 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生 | <input type="checkbox"/> 大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 |
| <input type="checkbox"/> 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生 | <input type="checkbox"/> 昭和 8年4月2日生～昭和 9年4月1日生 | |