**高齢者用肺炎球菌**

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。<br>＊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

■本人確認
□運転免許証　□マイナンバーカード　□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
□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６年度（黄色/Ｒ７．６．３０まで）
■発行枚数　（　　枚）　□令和７年度（ピンク/Ｒ８．３．３１まで）

■世帯員課税情報確認

小郡市健康課　　受付者（必須）

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。**