

高齢者用肺炎球菌

記入例 赤字：申請者

令和〇年度

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 〇 年 〇 月 〇 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

小郡 花子

※代筆者の場合は代筆者名も記入

(代筆：小郡次郎 続柄：長男)

* 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 二森 1 1 6 7 - 1	電話番号	0 9 4 2 - 7 2 - 6 6 ▲▲
----	-----------------------	------	------------------------

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	小郡 花子	生年月日	昭和 〇年 5月 25日 (65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 健康保険証
 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。