

高齢者用带状疱疹

記入例 赤字：申請者

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 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	* 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 <b>小郡 花子</b> ※代筆者の場合は代筆者名も記入 (代筆：小郡次郎 続柄：長男)	電話番号	<b>0942-72-66xx</b>
----	---	------	---------------------

使用目的	高齢者用带状疱疹ワクチンの接種を受けるため。		
------	------------------------	--	--

氏名	<b>小郡 花子</b>	生年月日	大正・昭和 <b>35</b> 年4月 <b>25</b> 日(65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"/>マイナンバーカード <input type="checkbox"/>パスポート <input type="checkbox"/>医療証 <input type="checkbox"/>年金手帳</p> <p><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"/>健康保険証</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6年度(黄色/R7.6.30まで)</p> <p>■発行枚数 ( 枚 )    <input type="checkbox"/>令和7年度(ピンク/R8.3.31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35年4月2日生～昭和36年4月1日生	<input type="checkbox"/> 昭和15年4月2日生～昭和16年4月1日生	<input type="checkbox"/> 大正14年4月2日生～大正15年4月1日生
<input type="checkbox"/> 昭和30年4月2日生～昭和31年4月1日生	<input type="checkbox"/> 昭和10年4月2日生～昭和11年4月1日生	<input type="checkbox"/> 大正14年4月1日生以前
<input type="checkbox"/> 昭和25年4月2日生～昭和20年4月1日生	<input type="checkbox"/> 昭和 5年4月2日生～昭和 6年4月1日生	