

带状疱疹

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。 * 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	帯状疱疹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													
■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（ふじ/R 7． 6． 3 0まで） ■発行枚数 （ 枚） ☐令和7年度（ｸﾘｰﾑ/R 8． 3． 3 1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

- 昭和35年4月2日生～昭和36年4月1日生 □昭和20年4月2日生～昭和21年4月1日生 □昭和 5年4月2日生～昭和 6年4月1日生
□昭和30年4月2日生～昭和31年4月1日生 □昭和15年4月2日生～昭和16年4月1日生 □大正14年4月2日生～大正15年4月1日生
□昭和25年4月2日生～昭和26年4月1日生 □昭和10年4月2日生～昭和11年4月1日生 □大正14年4月1日生以前