

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。
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。

申請日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

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 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)		電話番号	0942-72-66xx			
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	小郡 花子	生年月日	大正・昭和 35年4月25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							
■ 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 (ふじ/R7. 6. 30まで) ■ 発行枚数 (枚) ☐ 令和7年度 (ｸﾘｰﾑ/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

☐ 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