

高齢者用肺炎球菌

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	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
氏名	生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	氏名
市記入欄			

<p>■ 本人確認 <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 <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"/> 資格確認書 <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 ■ 非課税確認 (該当 ・ 非該当) <input type="checkbox"/> 令和7年度 (黄色/R8.6.30まで) ■ 発行枚数 (枚) <input type="checkbox"/> 令和8年度 (ピンク/R9.3.31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
 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。