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。
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　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１１６７－１			電話番号	０９４２－７２－６６▲▲		
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　□資格確認書
□その他（　　）

■対象者確認　（　該当　・　非該当　）
■非課税確認　（　該当　・　非該当　）
■発行枚数　（　　枚）

■課税情報確認年度
□令和７年度（　黄色/R８．６．３０まで）
□令和８年度（ピンク/R９．３．３１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。