予防接種用非課税確認書交付申請書　兼　委任状

帯状疱疹

申請日　令和　　年　　月　　日

代　理　人
（窓口に来られた方）

所在地

施設名

職種・氏名

電話番号

予防接種非課税確認書（帯状疱疹ワクチン予防接種）交付申請について、現在入院・入所しており、来庁できませんので、上記の者に委任いたします。

氏　　名	住　　所	生　年　月　日	印	市記入欄 非課税確認
		T・S　年　月　日（　歳）		
		T・S　年　月　日（　歳）		
		T・S　年　月　日（　歳）		
		T・S　年　月　日（　歳）		
		T・S　年　月　日（　歳）		
		T・S　年　月　日（　歳）		
		T・S　年　月　日（　歳）		
		T・S　年　月　日（　歳）		
		T・S　年　月　日（　歳）		
		T・S　年　月　日（　歳）		
		T・S　年　月　日（　歳）		
		T・S　年　月　日（　歳）		
		T・S　年　月　日（　歳）		
		T・S　年　月　日（　歳）		
		T・S　年　月　日（　歳）		

本人確認欄

☐運転免許証　☐マイナンバーカード　☐パスポート
☐医療証　☐資格確認書　☐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（　　）

市記入欄

小郡市役所　健康課

受付者（必須）