

带状疱疹

記入例 赤字：申請者

令和8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 36 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

<p>■本人確認</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p>■非課税確認 (該当 ・ 非該当) <input type="checkbox"/>令和7年度(ふじ/R8.6.30まで)</p> <p>■発行枚数 (枚) <input type="checkbox"/>令和8年度(刈-M/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

<input type="checkbox"/> 昭和36年4月2日生～昭和37年4月1日生	<input type="checkbox"/> 昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生	<input type="checkbox"/> 昭和 6年4月2日生～昭和 7年4月1日生
<input type="checkbox"/> 昭和31年4月2日生～昭和32年4月1日生	<input type="checkbox"/> 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生	<input type="checkbox"/> 大正15年4月2日生～昭和 2年4月1日生
<input type="checkbox"/> 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生	<input type="checkbox"/> 昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生	