2026 年度

市 民 税 非 課 税 世 帯 確 認 書 交 付 申 請 書
（定期予防接種：肺炎球菌、帯状疱疹、インフルエンザ、新型コロナ）

大川市健康課長　様

私は、市民税非課税世帯に属する者である旨の確認書の発行を申請します。
なお、市民税非課税世帯に属する者であることを証明するために、家族の課税状況について貴課が確認を行うことに同意します。

年　　月　　日

◎申請者（被接種者または同一世帯の方）
※申請書提出時にマイナンバーカード、自動車運転免許証等の身分証明書の提示をお願いします。

住所：大川市大字＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　世帯主との続柄＿＿＿＿　生年月日 大正・昭和・平成　　年　　月　　日

◎代理人（同一世帯ではない方が申請書を提出される場合）
※申請書提出時にマイナンバーカード、自動車運転免許証等の身分証明書の提示をお願いします。

※代理で来られた方の住所・氏名等をご記入ください。

住所：大川市大字＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　申請者との関係＿＿＿＿　生年月日 大正・昭和・平成　　年　　月　　日

○予防接種にかかる家族の世帯構成
（代理申請の場合記入（下記世帯住所：大川市大字　　）
（連絡先電話番号：　　）

※世帯全員のお名前、生年月日等ご記入ください。

続柄	氏　名	生 年 月 日	確認書が必要な予防接種に○印をつける				受付番号
			肺炎球菌	帯状疱疹	インフルエンザ	新型コロナ	
世帯主		大正・昭和・平成　　年　　月　　日					
		大正・昭和・平成　　年　　月　　日					
		大正・昭和・平成　　年　　月　　日					
		大正・昭和・平成　　年　　月　　日					
		大正・昭和・平成　　年　　月　　日					
		大正・昭和・平成　　年　　月　　日					

※なお、令和7年1月1日現在（申請日が令和8年6月1日以降の場合は令和8年1月1日現在）で大川市に住民登録（住民票）がない方は、1月1日現在の住民登録地市町村の非課税証明書を添付してください。

※健康課健康推進係確認欄
非課税確認（　済　・　未済　）　　受付者＿＿＿＿＿