市民税非課税世帯確認書交付申請書（兼　委任状）

（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）

（代 理 人）

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設代表者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

来所者職種・氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請日　　年　　月　　日

下記の者については、現在当施設に入院・入所しており、定期予防接種である肺炎球菌、帯状疱疹、インフルエンザ、新型コロナワクチン接種用非課税確認書交付申請のための来所ができませんので、上記の者に委任し申請いたします。

氏　　名	住　　所	生 年 月 日	確認書が必要な予防接種に〇印				年齢
			肺炎球菌	帯状疱疹	インフルエンザ	新型コロナ	
	大川市大字	大正・昭和　年　月　日					
	大川市大字	大正・昭和　年　月　日					
	大川市大字	大正・昭和　年　月　日					
	大川市大字	大正・昭和　年　月　日					
	大川市大字	大正・昭和　年　月　日					
	大川市大字	大正・昭和　年　月　日					
	大川市大字	大正・昭和　年　月　日					
	大川市大字	大正・昭和　年　月　日					
	大川市大字	大正・昭和　年　月　日					
	大川市大字	大正・昭和　年　月　日					
	大川市大字	大正・昭和　年　月　日					
	大川市大字	大正・昭和　年　月　日					
	大川市大字	大正・昭和　年　月　日					
	大川市大字	大正・昭和　年　月　日					

※以下、健康課健康推進係　確認・記入欄

来所者確認欄	非課税確認　　済　・　未済
□マイナンバーカード　□運転免許証 □介護保険証 □その他（　　）	受付者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿