

市民税非課税世帯確認書交付申請書

(高齢者用肺炎球菌及び定期インフルエンザ、新型コロナ予防接種実施用)

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)

※申請書提出時に自動車運転免許証、健康保険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)

※申請書提出時に自動車運転免許証、健康保険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
			高齢者用 肺炎球菌	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6年1月1日現在大川市に住居登録(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 _____