

旭川市高齢者等の定期予防接種非課税世帯確認証申請書

令和 年 月 日

(宛先) 旭川市長

申請者 (窓口に来られた方) 氏 名

住 所

電話番号

※ 申請者が世帯構成員でない場合は、委任状が必要です。

旭川市高齢者等の定期予防接種非課税世帯確認証 (以下「非課税世帯確認証」という。) の発行を申請します。また、非課税世帯確認証の該当要件確認のため、次の事項に同意します。

(注意事項)

- ・ 同一世帯に属する全ての世帯員 (18歳未満の者を除く。) の同意が必要です。
- ・ 非課税世帯確認証の交付が受けられ、使用できるのは、「接種時において旭川市に住民登録があり、世帯全員の当該年度の市民税が非課税の者」に該当する者に限ります。

1 同意事項

- (1) 住民基本台帳を閲覧し、次の世帯構成を確認すること。
- (2) 次の世帯構成員について、申請時点の最新年度の所得情報及び市民税課税状況を開示すること。

2 同意する期間

この書類を提出した日から非課税世帯確認証記載の有効期間までの間とする。

3 同意者及び申請者 (※ 窓口で本人確認ができる場合は印鑑不要です。)

住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年齢	非課税世帯確認証の発行を申請する予防接種 (複数選択 <input checkbox"="" checked="" type="checkbox/>)</th> <th>旭川市確認</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>旭川市
(フリガナ)</td> <td>大正・昭和・平成</td> <td></td> <td><input type="/> 带状疱疹 希望する枚数に○ (1枚・2枚) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフル <input type="checkbox"/> コロナ <td>課・非・未 <input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他</td>	課・非・未 <input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他
氏名 <input type="checkbox"/> 印	年 月 日	歳		
旭川市 (フリガナ)	大正・昭和・平成		<input type="checkbox"/> 带状疱疹 希望する枚数に○ (1枚・2枚) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフル <input type="checkbox"/> コロナ	課・非・未 <input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他
氏名 <input type="checkbox"/> 印	年 月 日	歳		
旭川市 (フリガナ)	大正・昭和・平成		<input type="checkbox"/> 带状疱疹 希望する枚数に○ (1枚・2枚) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフル <input type="checkbox"/> コロナ	課・非・未 <input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他
氏名 <input type="checkbox"/> 印	年 月 日	歳		
旭川市 (フリガナ)	大正・昭和・平成		<input type="checkbox"/> 带状疱疹 希望する枚数に○ (1枚・2枚) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフル <input type="checkbox"/> コロナ	課・非・未 <input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他
氏名 <input type="checkbox"/> 印	年 月 日	歳		

-----ここから先、旭川市確認欄-----

申請者の本人確認	本人確認書類 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()
接種当日60歳以上 65歳未満対象者の 確認	予防接種 障害等級1級 又は 医師の判断が必要
	带状疱疹 <input type="checkbox"/> ヒト免疫不全 (心臓・腎臓・呼吸器は対象外)・ <input type="checkbox"/> 医師の判断 肺炎球菌・インフル・コロナ <input type="checkbox"/> 心臓・ <input type="checkbox"/> 腎臓・ <input type="checkbox"/> 呼吸器・ <input type="checkbox"/> ヒト免疫不全・ <input type="checkbox"/> 医師の判断
確認欄	受付担当者 課税状況確認者 (支所等又は税制課) 対象者要件確認者 非課税世帯確認証発行者