

令和5年度 旭川市高齢者等定期（B類疾病）の予防接種に係る
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。

次の世帯構成員は、「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」に該当しますので、次のとおり非課税世帯確認証の発行を申請します。

住所	旭川市	□申請者と同じ		電話	□申請者と同じ	
	氏名	生年月日	年齢		希望する 予防接種	
1		明大昭 年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌		
2		明大昭 年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌		
3		明大昭 年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌		
4		明大昭 年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌		
5		明大昭 年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌		

※裏面もありますので、お手数ですが御記入願います。

※ここから下は記入しないでください。※

本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> その他：
------	------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

受付担当者確認欄：	対象者要件確認者確認欄：	非課税世帯確認証発行者確認欄：
-----------	--------------	-----------------

接種当日60歳以上65歳未満対象者確認	
障害等級 1級 確認 <input type="checkbox"/>	心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全 該当するものに○
その他 <input type="checkbox"/>	※上記障害1級相当と医師の判断を受ける予定である場合

市民税課税状況等確認同意書

令和 年 月 日

(宛先) 旭川市長

私及び私が属する世帯の世帯員全員は、旭川市（以下「市」という。）が実施する「令和5年度 旭川市高齢者等定期（B類疾病）の予防接種 非課税世帯確認証」の該当要件確認のため、保健所健康推進課長に対し、次の事項を同意します。

1 同意事項

- (1) 住民基本台帳を閲覧し、私の属する世帯の構成を確認すること。
(2) 私及び私の属する世帯の世帯員に係る所得情報及び令和4年度又は令和5年度市民税の課税状況を確認すること。

2 同意する期間

「令和5年度 旭川市高齢者等定期（B類疾病）の予防接種に係る非課税世帯確認証申請書」を提出した日から、令和6年3月31日までの間とする。

3 同意する者

住所 旭川市

Table with 6 rows for household members. Each row includes a name field (with 'フリガナ' above), a date field (with '生年月日' and '明・大・昭・平' above), and a year/month/day field (with '年 月 日' above). A circled '印' is placed between the name and date fields.

Table titled '旭川市確認欄' with 6 rows. Each row has a '課税状況' column (with '課 非 未' above) and a confirmation column. The confirmation column contains '本人確認' and checkboxes for 'マイナンバー', '健康保険証', and 'その他'.

※同一世帯に属する全ての世帯員（18歳以下の児童を除く。）の同意が必要です。
※窓口で御本人の確認をさせていただいた場合は、印鑑は不要です。

※ここから下は記入しないでください。※

Table with 2 columns: '課税状況確認者確認欄' and '照会担当者'. The '照会担当者' cell contains the text '保健予防係'.