

令和2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。※

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2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元年度又は令和2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2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3年3月31日までの間とする。

3 同意する者

住所 旭川市

(フリガナ)

氏名 ㊦ 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

(フリガナ)

氏名 ㊦ 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

(フリガナ)

氏名 ㊦ 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

(フリガナ)

氏名 ㊦ 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

(フリガナ)

氏名 ㊦ 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

(フリガナ)

氏名 ㊦ 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

旭川市確認欄

課 非 未

課 非 未

課 非 未

課 非 未

課 非 未

課 非 未

※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。

※ここから下は記入しないでください。※

課税状況確認者確認欄	照会担当者
	保健予防係