令和６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	□ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ □肺炎球菌
2		明 大 昭　　年　月　日	歳	□ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ □肺炎球菌
3		明 大 昭　　年　月　日	歳	□ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ □肺炎球菌
4		明 大 昭　　年　月　日	歳	□ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ □肺炎球菌
5		明 大 昭　　年　月　日	歳	□ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ □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	□マイナンバーカード	□　運転免許証	□　健康保険証	□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	□	心臓　・　腎臓　・　呼吸器　・　ヒト免疫不全　　該当するものに○
その他	□	※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「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，保健所保健予防課長に対し，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５年度又は令和６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６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７年３月３１日までの間とする。

３　同意する者

									旭川市確認欄	
住 所 旭川市										
(ﾌﾘｶﾞﾅ)									課 非 未	本人確認
氏 名	㊞	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日				□マイナンバー □健康保険証 □その他：
(ﾌﾘｶﾞﾅ)									課 非 未	本人確認
氏 名	㊞	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日				□マイナンバー □健康保険証 □その他：
(ﾌﾘｶﾞﾅ)									課 非 未	本人確認
氏 名	㊞	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日				□マイナンバー □健康保険証 □その他：
(ﾌﾘｶﾞﾅ)									課 非 未	本人確認
氏 名	㊞	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日				□マイナンバー □健康保険証 □その他：
(ﾌﾘｶﾞﾅ)									課 非 未	本人確認
氏 名	㊞	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日				□マイナンバー □健康保険証 □その他：
(ﾌﾘｶﾞﾅ)									課 非 未	本人確認
氏 名	㊞	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日				□マイナンバー □健康保険証 □その他：

※同一世帯に属する全ての世帯員（18歳未満の児童を除く。）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。※

課税状況確認者確認欄	照会担当者
	保健予防係