

様式第1号（表面）

市民税非課税確認書交付申請書

（あて先）名古屋市 保健所長

名古屋市が実施する予防接種、がん検診等をうける際に費用負担軽減をうけるため、市民税非課税確認書の交付を申請します。

なお、確認書交付のため、市民税情報を確認することを承諾します。

		申請日 平成 年 月 日	
どなたの確認書が必要ですか （予防接種・検診受診者）	フリガナ		生年 月 日
	氏名		明治・大正 年 月 日 昭和・平成 (満 歳)
	住所		
受ける予防接種・検診の種類	予防接種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ(定期) <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌(定期・任意) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス	
	検診	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症	
窓口に来た方（申請者）	フリガナ	<input type="checkbox"/> 上記と同じ	
	氏名	申請者の方が予防接種・検診受診者本人 また同一世帯の親族でない場合は、本人からの委任状を提出してください。	
運転免許証などの本人確認書類をご提示ください。	住所	<input type="checkbox"/> 上記と同じ	
	電話番号	() - 屋間連絡ができる電話番号を記入してください。	
	予防接種・検診受診者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他 ()	

※同一世帯で2名以上の確認書が必要な場合は、裏面に続けてご記入ください。

確認書交付のため、市民税情報を確認することを承諾します。

予防接種・検診受診者と同一世帯の方（申請者以外の方全員）	フリガナ	生年 月 日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成
	氏名		
	フリガナ	生年 月 日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成
	氏名		
	フリガナ	生年 月 日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成
	氏名		

※同一世帯の方が6名以上いる場合は、裏面に続けてご記入ください。

処理欄（※ここからは記入しないでください。）

<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 住基カード（写真有） <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	受付	入力処理	□裏面あり
	備考		

当該申請について次のように決定してよろしいか	次長	係長	担当
交付・不交付	平成 年 月 日 起案	平成 年 月 日 決裁	平成 年 月 日 施行

様式第1号（裏面）

表面に記入しきれない場合は、こちらに記入してください。

※こちらは、同一世帯で2名以上の確認書が必要な場合に、記入してください。

2 人 目	どなたの 確認書が 必要ですか	フリガナ 氏名		生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	(満 歳)
	受ける予防 接種・検診 の種類	予防接種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ(定期) <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌(定期・任意) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス						
		検診	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症						
	申請者との関係		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他()						
3 人 目	どなたの 確認書が 必要ですか	フリガナ 氏名		生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	(満 歳)
	受ける予防 接種・検診 の種類	予防接種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ(定期) <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌(定期・任意) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス						
		検診	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症						
	申請者との関係		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他()						
4 人 目	どなたの 確認書が 必要ですか	フリガナ 氏名		生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	(満 歳)
	受ける予防 接種・検診 の種類	予防接種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ(定期) <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌(定期・任意) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス						
		検診	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症						
	申請者との関係		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他()						
5 人 目	どなたの 確認書が 必要ですか	フリガナ 氏名		生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	(満 歳)
	受ける予防 接種・検診 の種類	予防接種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ(定期) <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌(定期・任意) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス						
		検診	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症						
	申請者との関係		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他()						

※こちらは、同一世帯に所属する方が6名以上いる場合に、記入してください。

確認書交付のため、市民税情報を確認することを承諾します。

予防接種・ 検診受診者 と同一世帯 の方（申請 者以外の方 全員）	フリガナ 氏名		生年 月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日
	フリガナ 氏名		生年 月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日
	フリガナ 氏名		生年 月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日