

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（以下「予防接種等」といいます。）を受ける際に費用の負担軽減を受けるため、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（予防接種等の受診者及び同一世帯の方）を確認されることを承諾します。

また、予防接種・検診ごとに対象年齢・期間が定められており、確認書が交付されていても受診時期等により対象外となる場合があること、誤って接種・受診した場合は全額自己負担になる可能性があることから、該当年齢・接種歴等について自身で確認の上で受けることを了承します。

		申請日	年	月	日			
どなたの確認書が必要ですか （予防接種等受診者）	フリガナ		大正 昭和 平成 令和	年	月	日		
	氏名	生 年 月 日					（満 歳）	
	住所①	〒						
受ける 予防接種等 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 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症（定期） <input type="checkbox"/> 帯状疱疹（1回又は2回接種） <input type="checkbox"/> おたふくかぜ				枚数		
	検診 検査	<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"/> 胃がんリスク検査 <input type="checkbox"/> 腹部超音波スクリーニング検査				枚		
	受診予定年月	年	月	※税情報が毎年6月に切り替わるので、6月以降の受診分は6月以降の発行となります。				
窓口に来た方 （申請者）	フリガナ	<input type="checkbox"/> 上記と同じ				申請者の方が予防接種・検診受診者本人または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。		
	氏名							
	住所②	<input type="checkbox"/> 上記と同じ 〒						
	電話番号	() — 昼間連絡ができる電話番号を記入してください。 ※携帯電話番号でも可。						
運転免許証などの本人確認書類をご提示ください		予防接種等受診者との関係		<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（ ）				

必ず裏面もご確認ください

処理欄（※ここから下は記入しないでください。）

<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> 障害者手帳（身体・精神・愛護） <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他（ ）	受付	入力処理	
		備考	
当該申請について次のように決定してよろしいか	課長	課長補佐	担当
交付・不交付	令和 年 月 日 起案		
	令和 年 月 日 決裁		
	令和 年 月 日 施行		

予防接種等受診者と同一世帯の方（表面に記載されている予防接種等受診者以外の方全員）

↓ ここから右の欄は、同時に確認書の発行が必要な場合のみ記入してください

2人目	氏名	フリガナ	確認書の要否	必要・不要	申請者から見た関係	<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（ ）	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 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症（定期） <input type="checkbox"/> 帯状疱疹（1回又は2回接種） <input type="checkbox"/> おたふくかぜ	枚数
	生年月日	大正 昭和 平成 令和							
3人目	氏名	フリガナ	確認書の要否	必要・不要	申請者から見た関係	<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（ ）	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 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症（定期） <input type="checkbox"/> 帯状疱疹（1回又は2回接種） <input type="checkbox"/> おたふくかぜ	枚数
	生年月日	大正 昭和 平成 令和							
4人目	氏名	フリガナ	確認書の要否	必要・不要	申請者から見た関係	<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（ ）	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 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症（定期） <input type="checkbox"/> 帯状疱疹（1回又は2回接種） <input type="checkbox"/> おたふくかぜ	枚数
	生年月日	大正 昭和 平成 令和							
5人目	氏名	フリガナ	確認書の要否	必要・不要	申請者から見た関係	<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（ ）	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 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症（定期） <input type="checkbox"/> 帯状疱疹（1回又は2回接種） <input type="checkbox"/> おたふくかぜ	枚数
	生年月日	大正 昭和 平成 令和							
6人目	氏名	フリガナ	確認書の要否	必要・不要	申請者から見た関係	<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（ ）	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 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症（定期） <input type="checkbox"/> 帯状疱疹（1回又は2回接種） <input type="checkbox"/> おたふくかぜ	枚数
	生年月日	大正 昭和 平成 令和							

郵送申請の場合は、こちらも記入してください。

郵送先住所 予防接種等受診者の住所（表面の住所①） 申請者の住所（表面の住所②） その他（下の欄にも記入してください）

郵送先	住所	〒	あて名
上記住所へ送付を希望する理由	<input type="checkbox"/> 引っ越し・リフォーム等に伴う一時的な転居中のため <input type="checkbox"/> 受診者が施設入所中のため <input type="checkbox"/> その他（ ）		