

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（予防接種・検診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。

		申請日 令和 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 明治 大正 年 月 日 昭和 平成 令和 (満 歳)
	氏名		
	住所		
受ける予防接種・検診の種類	予防接種	☐ インフルエンザ(定期) ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 新型コロナウイルス感染症(定期) ☐ 带状疱疹(1回又は2回接種) ☐ 流行性耳下腺炎	
	検診	☐ 胃がん ☐ 大腸がん ☐ 肺がん ☐ 子宮がん ☐ 乳がん ☐ 前立腺がん ☐ 胃がんリスク検査 ☐ 腹部超音波スクリーニング検査	
窓口に来た方(申請者) 運転免許証などの本人確認書類をご提示ください	フリガナ	☐ 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		
		☐ 上記と同じ	
	住所		
	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	☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 親 ☐ 子 ☐ 代理人 ☐ 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。

予防接種・検診受診者と同一世帯の方(予防接種・検診受診者以外の方全員)	フリガナ		生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日 令和
	氏名			
	フリガナ		生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日 令和
	氏名			
	フリガナ		生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日 令和
	氏名			
フリガナ		生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日 令和	
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（※ここから下は記入しないでください。）

☐ 運転免許証 ☐ 運転経歴証明書 ☐ 資格確認書 ☐ パスポート ☐ 介護保険被保険者証 ☐ マイナンバーカード ☐ 国民年金手帳 ☐ 障害者手帳（身体・精神・愛護） ☐ 社員証 ☐ 特別永住者証明書 ☐ 在留カード ☐ 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ほしいか			
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	課長	課長補佐	担当

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	氏名		満 年 齢	(満 歳)
	受ける予防 接種・検診 の種類	予防接種	□インフルエンザ(定期) □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症(定期) □带状疱疹(1回又は2回接種) □流行性耳下腺炎		
		検診	□胃がん □大腸がん □肺がん □子宮がん □乳がん □前立腺がん □胃がんリスク検査 □腹部超音波スクリーニング検査		
	申請者との関係		□本人 □配偶者 □親 □子 □代理人 □その他 ()		
3 人 目	どなたの 確認書が 必要ですか	氏名		満 年 齢	(満 歳)
	受ける予防 接種・検診 の種類	予防接種	□インフルエンザ(定期) □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症(定期) □带状疱疹(1回又は2回接種) □流行性耳下腺炎		
		検診	□胃がん □大腸がん □肺がん □子宮がん □乳がん □前立腺がん □胃がんリスク検査 □腹部超音波スクリーニング検査		
	申請者との関係		□本人 □配偶者 □親 □子 □代理人 □その他 ()		
4 人 目	どなたの 確認書が 必要ですか	氏名		満 年 齢	(満 歳)
	受ける予防 接種・検診 の種類	予防接種	□インフルエンザ(定期) □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症(定期) □带状疱疹(1回又は2回接種) □流行性耳下腺炎		
		検診	□胃がん □大腸がん □肺がん □子宮がん □乳がん □前立腺がん □胃がんリスク検査 □腹部超音波スクリーニング検査		
	申請者との関係		□本人 □配偶者 □親 □子 □代理人 □その他 ()		
5 人 目	どなたの 確認書が 必要ですか	氏名		満 年 齢	(満 歳)
	受ける予防 接種・検診 の種類	予防接種	□インフルエンザ(定期) □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症(定期) □带状疱疹(1回又は2回接種) □流行性耳下腺炎		
		検診	□胃がん □大腸がん □肺がん □子宮がん □乳がん □前立腺がん □胃がんリスク検査 □腹部超音波スクリーニング検査		
	申請者との関係		□本人 □配偶者 □親 □子 □代理人 □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。

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