

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 昭和・平成 令和 (満 歳)
	氏名		年 月 日	
	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"/> 新型コロナウイルス感染症(定期) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹(1回又は2回接種)		
	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"/> 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		
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。		
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。

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
	氏名		年 月 日	
	フリガナ		生年月日	明治・大正 昭和・平成 令和
	氏名		年 月 日	
	フリガナ		生年月日	明治・大正 昭和・平成 令和
氏名		年 月 日		

※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。）

<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	<input type="checkbox"/> 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	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		

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 令和 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"/> 新型コロナ ウイルス感染症(定期) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹(1回又は2回接種)		
		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"/> 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		
	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 令和 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"/> 新型コロナ ウイルス感染症(定期) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹(1回又は2回接種)		
		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"/> 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		
	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 令和 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"/> 新型コロナ ウイルス感染症(定期) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹(1回又は2回接種)		
		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"/> 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		
	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 令和 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"/> 新型コロナ ウイルス感染症(定期) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹(1回又は2回接種)		
		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"/> 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		
	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。

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 氏名	生年 月日	明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日
	フリガナ 氏名	生年 月日	明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日
	フリガナ 氏名	生年 月日	明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日