

[] 区役所

年 月 日

高齢者用予防接種減免確認申請書
(北九州市以外の介護保険被保険者等)

減 免 確 認 申 請 者	
住 所・所在地	区
施設名・氏名	(自署又は記名押印)
電話番号	

☐ 課税状況を調査することについて、下記の接種対象者及びその世帯員全員の同意を得ています。

同 意 書

北九州市長 様

私及び私の属する世帯員は、高齢者用予防接種減免確認のため、区役所職員が必要な範囲で市民税の課税状況について調査することに同意します。

No.	接種対象者の氏名・住所 フリガナ	生年月日	課税所得 の有無	世帯員氏名	課税所得 の有無	* 区役所 処理欄
	フリガナ 氏名	年 月 日	有 ・ 無		有・無	☐ 該 当 ☐ 非該当
	住所				有・無	
					有・無	
	フリガナ 氏名	年 月 日	有 ・ 無		有・無	☐ 該 当 ☐ 非該当
	住所				有・無	
					有・無	
	フリガナ 氏名	年 月 日	有 ・ 無		有・無	☐ 該 当 ☐ 非該当
	住所				有・無	
					有・無	
	フリガナ 氏名	年 月 日	有 ・ 無		有・無	☐ 該 当 ☐ 非該当
	住所				有・無	
					有・無	

※住所は住民票記載の住所を記入。

※世帯員全員の記載が必要。(1 8 歳未満を除く)

同 意 書

No.	接種対象者の氏名・住所 フリガナ	生年月日	課税所得 の有無	世帯員氏名	課税所得 の有無	* 区役所 処理欄
	氏名 フリガナ	年 月 日	有 ・ 無		有・無	☐ 該 当 ☐ 非該当
	住所				有・無	
				有・無		
	氏名 フリガナ	年 月 日	有 ・ 無		有・無	☐ 該 当 ☐ 非該当
	住所				有・無	
				有・無		
	氏名 フリガナ	年 月 日	有 ・ 無		有・無	☐ 該 当 ☐ 非該当
	住所				有・無	
				有・無		
	氏名 フリガナ	年 月 日	有 ・ 無		有・無	☐ 該 当 ☐ 非該当
	住所				有・無	
				有・無		
	氏名 フリガナ	年 月 日	有 ・ 無		有・無	☐ 該 当 ☐ 非該当
	住所				有・無	
				有・無		
	氏名 フリガナ	年 月 日	有 ・ 無		有・無	☐ 該 当 ☐ 非該当
	住所				有・無	
				有・無		
	氏名 フリガナ	年 月 日	有 ・ 無		有・無	☐ 該 当 ☐ 非該当
	住所				有・無	
				有・無		
	氏名 フリガナ	年 月 日	有 ・ 無		有・無	☐ 該 当 ☐ 非該当
	住所				有・無	
				有・無		
	氏名 フリガナ	年 月 日	有 ・ 無		有・無	☐ 該 当 ☐ 非該当
	住所				有・無	
				有・無		

※住所は住民票記載の住所を記入。

※世帯員全員の記載が必要。(18歳未満を除く)