

[]区役所

平成 年 月 日

高齢者用肺炎球菌予防接種減免確認申請書

減 免 確 認 申 請 者	
住 所	区
施設名・氏名	印

同 意 書

北九州市長 様

私及び私の属する世帯員は、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 <small>フリガナ</small>	生年月日	性別	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 印	昭和 年 月 日	男 ・ 女	有 ・ 無	印	有・無	□該 当 □非該当
	住所				印	有・無	
					印	有・無	
	氏名 印	昭和 年 月 日	男 ・ 女	有 ・ 無	印	有・無	□該 当 □非該当
	住所				印	有・無	
					印	有・無	
	氏名 印	昭和 年 月 日	男 ・ 女	有 ・ 無	印	有・無	□該 当 □非該当
	住所				印	有・無	
					印	有・無	
	氏名 印	昭和 年 月 日	男 ・ 女	有 ・ 無	印	有・無	□該 当 □非該当
	住所				印	有・無	
					印	有・無	

※住所は住民票記載の住所を記入。

※世帯員全員の記名・押印が必要。(18歳未満を除く)

同意書

No.	接種対象者の ^{フリガナ} 氏名・住所	生年月日	性別	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 印	昭和	男	有	印	有・無	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当
	住所	年	・	・	印	有・無	
	月 日	女	無	印	有・無		
	^{フリガナ} 氏名 印	昭和	男	有	印	有・無	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当
	住所	年	・	・	印	有・無	
	月 日	女	無	印	有・無		
	^{フリガナ} 氏名 印	昭和	男	有	印	有・無	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当
	住所	年	・	・	印	有・無	
	月 日	女	無	印	有・無		
	^{フリガナ} 氏名 印	昭和	男	有	印	有・無	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当
	住所	年	・	・	印	有・無	
	月 日	女	無	印	有・無		
	^{フリガナ} 氏名 印	昭和	男	有	印	有・無	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当
	住所	年	・	・	印	有・無	
	月 日	女	無	印	有・無		
	^{フリガナ} 氏名 印	昭和	男	有	印	有・無	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当
	住所	年	・	・	印	有・無	
	月 日	女	無	印	有・無		
	^{フリガナ} 氏名 印	昭和	男	有	印	有・無	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当
	住所	年	・	・	印	有・無	
	月 日	女	無	印	有・無		
	^{フリガナ} 氏名 印	昭和	男	有	印	有・無	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当
	住所	年	・	・	印	有・無	
	月 日	女	無	印	有・無		

※住所は住民票記載の住所を記入。

※世帯員全員の記名・押印が必要。(18歳未満を除く)