様式７－１
様式７－２

区役所

年　　月　　日

予防接種 減免確認申請書
（個人）

北 九 州 市 長　様

私は、世帯全員が市民税非課税であるため、予防接種を受けるにあたり、自己負担額が減免となるようを減免確認を申請します。
また、この申請の該当要件確認のため、区役所職員が、私の介護保険料段階、私及び私の属する世帯員の課税状況について調査することに同意します。

申請者	**氏　名**	フリガナ （自署又は記名押印）	**生 年 月 日** 年　月　日 （　歳）	
（接種対象者）	**住　所**	区 TEL	課税所得の有無	有 ・ 無

☐ 課税状況を調査することについて、世帯員全員の同意を得ています。
（介護保険料段階のみの調査であれば、下記不要）

世 帯 員 氏 名	生 年 月 日	課 税 所 得 の 有 無
	年　月　日	有 ・ 無
	年　月　日	有 ・ 無
	年　月　日	有 ・ 無
	年　月　日	有 ・ 無
	年　月　日	有 ・ 無
	年　月　日	有 ・ 無

※世帯員全員の記載が必要です。（18歳未満をのぞく）

接種対象者本人以外の方が申請する場合は、住所・氏名・接種対象者本人との続柄を記入してください。

（代理人）

住 所

氏 名（自署又は記名押印）　　続柄

※なお、代理人が、同一世帯の配偶者、親、子以外の場合は、裏面の委任状が必要です。（別途、委任状の添付でも可。）

＊区役所確認処理欄

＊確認結果
該当 ・ 非該当

上記申請に虚偽があった場合は、法律により罰せられる場合があります。

委　任　状

（代理人）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、上記の者を代理人と定め、定期予防接種減免確認申請に関することを委任します。

年　　月　　日

（委任者）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名（自署又は記名押印）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿