

□肺炎球菌

□インフルエンザ 非課税世帯申出書兼同意書

高齢者予防接種

下記1・2の者は、1が神戸市高齢者予防接種の接種費用助成を受けるにあたって無料対象者(非課税世帯)であることを申し出ますので、直近の地方税関係情報について神戸市が取得することに同意します。

1. 申請者(同意者)

申請日:令和 年 月 日

Application form for the applicant, including fields for name (フリガナ, 氏名), date of birth (生年月日), address (住民登録の住所), and personal ID number (個人番号).

2. 世帯同意者(申請日現在、申請者と同じ世帯の方全員)

Table for household consent, listing all members of the household with their names, birth dates, and addresses. Includes checkboxes for 'same as applicant' and personal ID numbers.

3. 添付書類

(申請者と世帯同意者すべての①と申請者(代理人申請の場合は代理人)の②の写しをそれぞれ添付してください。)

Attachment checklist table with two columns: ①番号確認 (ID card, notification card, etc.) and ②身元(実存)確認 (ID card, license, health insurance, etc.).

<保健課処理欄>

Administrative processing table with columns for '該当/非該当' (Applicable/Not Applicable), '課長' (Section Chief), '係長' (Section Head), and '担当' (Staff).

