（情報照会用）　様式③

令和5年度　高齢者予防接種　□肺炎球菌　□インフルエンザ　非課税世帯申出書兼同意書

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、令和5年度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

フリガナ		生年月日	
氏名（漢字）	男・女	大・昭　　年　　月　　日	
住民登録の住所	区	☎（　　）　　－	
令和5年1月1日時点住民登録のあった住所	都道府県　　市区郡		
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）

①	フリガナ		申請者との続柄	
	世帯員氏名（漢字）	男・女	生年月日	年　月　日
	令和5年1月1日時点住民登録のあった住所	都道府県　市区郡		
		□ 申請者と同じ　個人番号		
②	フリガナ		申請者との続柄	
	世帯員氏名（漢字）	男・女	生年月日	年　月　日
	令和5年1月1日時点住民登録のあった住所	都道府県　市区郡		
		□ 申請者と同じ　個人番号		
③	フリガナ		申請者との続柄	
	世帯員氏名（漢字）	男・女	生年月日	年　月　日
	令和5年1月1日時点住民登録のあった住所	都道府県　市区郡		
		□ 申請者と同じ　個人番号		
④	フリガナ		申請者との続柄	
	世帯員氏名（漢字）	男・女	生年月日	年　月　日
	令和5年1月1日時点住民登録のあった住所	都道府県　市区郡		
		□ 申請者と同じ　個人番号		

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。）

①番号確認	②身元（実存）確認
□ マイナンバーカード	番号法により顔写真付書類は1点、顔写真のない書類（※）は2点確認が必要
□ 通知カード※通知カードに記載された氏名、住所等が住民票に記載されている事項と一致している場合に限り、利用可能。	□ マイナンバーカード　□ 運転免許証　□ 身体障害者手帳
□ マイナンバーが記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書	□ 健康保険証※　□ 介護保険証※
□ その他（　　）	□ その他（　　）

＜保健課処理欄＞

□ 該当 □ 非該当	（同）行政事務センターへ送付してよろしいか	課長	係長	担当