

令和元年度 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、令和元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

Application form for the applicant, including fields for name (フリガナ, 氏名), birth date (生年月日), residence (住民登録の住所), and personal 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 residence information.

<神戸市各区窓口処理欄> ※下記確認事項について、もれなく記入すること。

Summary table with 4 columns: ①番号確認書類 (ID card, notification card, etc.), ②身元(実存)確認 (Residence confirmation, health insurance, etc.), ③その他確認事項 (Other confirmation items), and (何)予防衛生課へ送付してよろしいか (Send to prevention and health department).