**(様式第1号)**

**非　課　税　証　明　願**No.

（新型インフルエンザワクチン接種に係る自己負担免除証明）

粕屋町長　様

申請者　住所　粕屋町

氏名

新型インフルエンザワクチン接種を受けたいので、下記申請者の　　　　年度町民税が非課税であることを証明願います。

|  |  |
| --- | --- |
| **申　請　者　記　入　欄**　　年１月１日現在の世帯でご記入ください。 | 町証明欄 |
| 氏　　　名 | 続柄 | 　生　年　月　日 | 課税区分 | 備考 |
|  | 世帯主 | 年　　　　月　　　　日　　　歳 | 非課税 |  |
|  |  | 年　　　　月　　　　日　　　歳 | 非課税 |  |
|  |  | 年　　　　月　　　　日　　　歳 | 非課税 |  |
|  |  | 年　　　　月　　　　日　　　歳 | 非課税 |  |
|  |  | 年　　　　月　　　　日　　　歳 | 非課税 |  |
|  |  | 年　　　　月　　　　日　　　歳 | 非課税 |  |

　以上のとおり相違のないことを証明します。

　　年　　月　　日

　福岡県粕屋町長　　　　　　　　　　　　印

**委　　任　　状**

　新型インフルエンザワクチン接種に係る非課税証明書の受取を、下記受任者に委任いたします。

　　　年　　月　　日

委任者（証明が必要な方）

氏名　　　　　　　　　　　印　　氏名　　　　　　　　　　　印　　氏名　　　　　　　　　　　印

氏名　　　　　　　　　　　印　　氏名　　　　　　　　　　　印　　氏名　　　　　　　　　　　印

受任者（窓口に来所された方）　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

※同一世帯に複数回接種する方がいる場合又は複数接種対象者がいる場合は、この証明書の写しを医療機関に提出してください。