小児インフルエンザ接種費全額助成対象者証明書
（再）交付申請書兼同意書

一関市長　様

※太枠内を記入してください

申請日	令和　　年　　月　　日

申請者	住　　所	
	氏　　名	（被接種者との続柄）
	電話番号	（　　）　　― ※日中連絡の取れる番号を記入願います
被接種者	氏　　名	
	生年月日	平成・令和　　年　　月　　日生まれ
	氏　　名	
	生年月日	平成・令和　　年　　月　　日生まれ
	氏　　名	
	生年月日	平成・令和　　年　　月　　日生まれ

3名以上の場合は余白に記入願います

【再交付の方】

小児インフルエンザ接種費全額助成対象者証明書の再交付を次の事由により申請します。

①　破　損

②　紛　失

③　その他（　　）

【新規交付の方】

小児インフルエンザワクチン接種費全額助成対象者証明書の交付を次の事由により申請します。つきましては、担当職員が市県民税課税台帳等の閲覧により私（申請者）及び私と同一世帯に属する者全員の課税状況を確認することに同意します。また、このことについては、私の世帯員の同意を得ています。

①　転　入

②　その他（　　）

※市町村民税の課税状況を確認するため、次のいずれかの書類が必要となります（ただし、乳幼児や小中学生など明らかに所得がないことが確実な方の分は省略可能）

ア　令和7年1月1日現在の住所地市区町村で発行された令和7年度所得課税証明書など

イ　マイナンバーの分かるもの（別紙『地方税関係情報取得に関する同意書』に記載いただく方全員分）

----------以下は記入不要です----------

受付者記入欄			交付日：令和　　年　　月　　日		受付者	
課長		係長		係員		