

令和 年度市県民税非課税証明申請書

令和 年 月 日

日 田 市 長 様

申請者 (同一世帯人)	住所	日田市
	氏名	

下記の世帯について、市県民税非課税世帯であることの証明をお願いします。

- ・世帯員全員が非課税の場合のみ対象となります。
- ・原則、医療機関には証明書原本の提出が必要ですが、下記用途に記載している複数の予防接種を受ける場合などは、必要に応じてこの証明書はコピーが可能です。

続柄	氏名	生年月日
世帯主		明・大・昭・平 年 月 日
		明・大・昭・平 年 月 日
用途	高齢者の予防接種（肺炎球菌、帯状疱疹、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症）の個人負担金に係る世帯要件判定のため。 ※高齢者インフルエンザ予防接種と新型コロナウイルス感染症予防接種の対象者の接種期間は、10月1日から翌年の3月31日です。	

※介護保険負担限度額認定証もしくは後期高齢者医療資格確認書の限度区分に区Ⅱ、区Ⅰが記載されているものをお持ちの方は、そちらを医療機関にご持参いただくことで、本証明の代用が可能です。

税証第 号

上記の世帯員は全て市県民税非課税であることを証明します。

令和 年 月 日

日田市長 椋野美智子 印