

(宛先) 高松市健康づくり推進課長  
高松市感染症対策課長

### 令和7年度 市民税 課税状況の確認票

定期予防接種（新型コロナワクチン、高齢者インフルエンザ、成人用肺炎球菌、带状疱疹）、胃・大腸・肺・前立腺・乳・子宮頸がん検診の自己負担金の減免、及び母子栄養食品受給、産後ケア、初回産科受診料助成のため、私の世帯について、市民税課税状況が非課税であることの確認をお願いします。

なお、課税状況を調査されることについて同意します。

(①の者以外が申請の場合) 私が申請に行けないため、②の者に対し、この確認票の申請及び受領に関する行為を委任します。なお、確認票が発行できない場合は、その理由を②の者に説明することに同意します。

① 確認票が必要な方	住所	高松市 町 丁目 番 号 番地 (電話番号: - )		
	ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	氏名			
② (委任を受けた方) 窓口に来た方	住所	高松市 町 丁目 番 号 番地 (電話番号: - )		
	ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	氏名			
	①の方との関係 (続柄)	1 施設関係者 2 その他 ( )		

上記、確認票が必要な方 (①欄) に記載されている者は非課税世帯の世帯員であることを確認します。

令和 年 月 日



#### \* 自己負担金減免の基準 \*

○ 市民税(当該年度)の非課税世帯に属する者

同一世帯と認められたすべての世帯員が当該年度において市民税が課税されていない者(地方税法第323条により免除されている者を含む。)である場合をいう。ただし、当該年度の市民税の課税状況が判明しない場合は、これが判明するまでの期間、前年度の課税状況によることとする。

○ この確認票は検診・接種の当日、必ず検診又は接種を受ける医療機関等にご持参ください。  
なお、手書きによる訂正があるものは無効です。

○ 確認票を申請する際は、窓口に来た人の本人確認ができる書類(マイナンバーカード等)を提示してください。

#### 【お問い合わせ先】

がん検診、母子栄養食品、産後ケア事業、初回産科受診料に関すること……………健康づくり推進課 TEL 839-2363  
コロナワクチン、インフルエンザ、成人用肺炎球菌、带状疱疹予防接種に関すること……感染症対策課 TEL 839-2870