

(宛先) 高松市健康づくり推進課長
高松市保健予防課長

令和3年度 市民税 課税状況の確認票

高齢者のインフルエンザ予防接種、成人用肺炎球菌予防接種、胃・大腸・肺・前立腺・乳・子宮頸がん検診の自己負担金の免除、及び母子栄養食品受給のため、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 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 |
| | 氏名 | | | 年 月 日 |

私が申請に行けないため、次の者に対し、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、その理由を次の者に説明することに同意します。

| | | | | |
|---------------------|--------------|-------------------------------|---------|-----------|
| (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 |
| | 氏名 | | | 年 月 日 |
| | 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



* 自己負担金免除の基準 *

○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。

○ 確認票を申請する際は、本人確認ができる免許証等を提示してください。

【お問い合わせ先】

がん検診、母子栄養食品に関すること…………… 健康づくり推進課 TEL 839-2363
インフルエンザ、成人用肺炎球菌予防接種に関すること…………… 保健予防課 TEL 839-2860