

様式第1号（第5条関係）

刈谷市風しん抗体検査費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

刈谷市長

〒

申請者 住 所.....

氏 名.....

被検査者との続柄（ ）

電話番号.....

下記のとおり助成金の交付を申請します。
 なお、市がこの申請内容について、必要な情報を確認すること及び医療機関に照会することに同意します。

記

検査を受けた人の 氏名、生年月日	(フリガナ) 氏 名	生年月日
		昭和 平成 年 月 日
検査を受けた人の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 刈谷市（ ）	
対 象 者 区 分 ※該当する区分にチェックを つけてください。	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（出産経験のない人） <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（出産経験のある人） <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性の夫（事実婚含む） <input type="checkbox"/> 妊娠中の女性の夫（事実婚含む）	
助 成 区 分 ※該当する区分にチェックを つけてください。	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯	
検 査 年 月 日	令和 年 月 日	
検 査 医 療 機 関 名		
検査に係る自己負担額	円	

※助成額は5,000円（検査日において市民税非課税世帯及び生活保護受給世帯に属する人は6,600円）が上限です。ただし、自己負担額が上限額より低い場合は自己負担額になります。

振 込 先	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 労金							
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他（ ）	口座番号						
	口座名義人 (カタカナで記入)								

(注意) 1 必ず検査費用の領収書（氏名、検査年月日、検査方法、医療機関名の記載のあるもの）及び風しん抗体検査結果表の写しを添付してください。
 2 生活保護受給世帯に属する人は生活保護受給証明書を添付してください。

※以下は記入しないでください。

市処理欄	交付決定額	円
------	-------	---

記入見本

様式第1号（第5条関係）

刈谷市風しん抗体検査費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

刈谷市長

〒

申請者 住 所.....

氏 名.....

被検査者との続柄（ ）

電話番号.....

日中連絡が
できる電話番号

下記のとおり助成金の交付を申請します。
なお、市がこの申請内容について、必要な情報を確認すること及び医療機関に
照会することに同意します。

記

検査を受けた人の 氏名、生年月日	(フリガナ) 氏 名	生年月日
		昭和 平成 年 月 日
検査を受けた人の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 刈谷市（ ）	
対象者区分 ※該当する区分にチェックを つけてください。	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（出産経験のない人） <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（出産経験のある人） <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性の夫（事実婚含む） <input type="checkbox"/> 妊娠中の女性の夫（事実婚含む）	
助成区分 ※該当する区分にチェックを つけてください。	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯	
検査年月日	令和 年 月 日	
検査医療機関名		
検査に係る自己負担額	円	

検査結果表のコピーが必要
(検査方法と結果)

・検査以外の料金(郵送用切手代等)
は含まれません。

参考：確定申告では、疾病予防のため
の費用となり、対象外となります。

※助成額は5,000円(検査日において市民税非課税世帯及び生活保護受給世帯は6,600円)が上限です。ただし、自己負担額が上限額より低い場合は自己負担額となります。

振 込 先	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 労金
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 口座番号 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 右詰め <input type="checkbox"/> その他（ ）
	口座名義人 (カタカナで記入)	

(注意) 1 必ず検査費用の領収書(氏名、検査年月日、検査方法、医療機関名の記載のあるもの)及び風しん抗体検査結果表の写しを添付してください。

2 生活保護受給世帯に属する人は生活保護受給証明書を添付してください。

※以下は記入しないでください。

市処理欄	交付決定額	円
------	-------	---