

刈谷市高齢者肺炎球菌予防接種費助成金交付申請書

令和 年 月 日

刈谷市長

| | | | | |
|-----|----------|------------|---------------------------------|--|
| 申請者 | 住所 | 電話番号 () — | | |
| | ふりがな | | | |
| | 氏名 | Ⓜ | | |
| | 被接種者との関係 | 助成券送付先 | □申請者・□被接種者 (該当する□にレ印をしてください) | |

次のとおり高齢者肺炎球菌予防接種費の助成金の交付を申請します。
 なお、助成金の交付の審査に当たり、市が必要な世帯の所得等に係る公簿及び生活保護等の台帳を閲覧することに同意します。

| | | | | |
|------|------|----------------|---|---|
| 被接種者 | 住所 | 電話番号 () — | | |
| | ふりがな | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 明治 大正 昭和 | 年 | 月 |

1～4は、該当する□にレ印をしてください。

| | |
|----------------------------|-----------------|
| 1 定期接種を受けたことがありますか。 | □ない・□ある |
| 2 これまでにこの助成金を受けたことがありますか。 | □ない・□ある |
| 3 過去に肺炎球菌予防接種を受けたことがありますか。 | □ない・ <u>□ある</u> |

前回接種日：平成・令和 年 月 日

※前回接種日から5年以上経過していないと申請できません。

| | |
|--------|-----------------------------------|
| 4 世帯区分 | □市町村民税課税世帯 □市町村民税非課税世帯 □生活保護等受給世帯 |
|--------|-----------------------------------|

申請者が被接種者本人及び同一世帯員以外の場合は、以下を記入してください。

| | |
|--------------------------------|--|
| 委任 | |
| 令和 年 月 日 | |
| 被接種者 氏名.....Ⓜ | |
| 私は、次の者を代理人と定め、この申請に係る権限を委任します。 | |
| 代理人 住所..... | |
| 氏名..... | |

以下は記入しないでください。(市記入欄) 令和 年 月 日 確認者 /

| | | | |
|----------|-----------------|-----------------------|-------------------|
| 助成金交付 | 有 ()・無 | 5年以内の接種 | 有 ()・無 |
| 助成券交付 | 非該当 / 該当 | 世帯区分 | 課税/非課税 / 生保 確認者 / |
| 助成金額 | 3,000円 / 8,000円 | 助成券番号 | |
| 新規 / 再発行 | 本人確認 | 保険証・免許証・パスポート・その他 () | |