

様式第1号 (第5条関係)

刈谷市風しん予防接種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
 被接種者との続柄 ()
 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並びに健康被害の救済については独立行政法人医薬品医療機器総合機構法の適用を受けることに同意します。

記

接種を受けた人の 氏名、生年月日	(フリガナ) 氏 名	生年月日
		昭和 平成 年 月 日
接種を受けた人の住所	<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 (抗体検査を保健所の補助で無料で受けた人) <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性 (上記以外で抗体検査を受けた人) <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	
接 種 年 月 日	令和 年 月 日	
接 種 医 療 機 関 名		
接種に係る自己負担額	円	
風しん抗体検査年月日	平成・令和 年 月 日	
風 し ん 抗 体 価	H I 抗体価 倍 (E I A 法)	

※風しん抗体検査により抗体価がHI法で16倍以下又はEIA法で8.0未満と判定されたため予防接種を受けた場合のみ申請できます。
 ※助成額は5,000円 (接種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10,000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"/> 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、必ず接種費用の領収書 (接種者氏名、接種年月日、ワクチン名、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等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。

※右欄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）

刈谷市風しん予防接種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

被接種者との続柄（ ）

電話番号（ ） —

日中連絡がとれる電話番号

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並びに健康被害の救済については独立行政法人医薬品医療機器総合機構法の適用を受けることに同意します。

記

接種を受けた人の氏名、生年月日	(フリガナ) 氏 名	生年月日 昭和 平成 年 月 日
接種を受けた人の住所	<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（抗体検査を保健所の補助で無料で受けた人） <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（上記以外で抗体検査を受けた人） <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	
接種年月日	令和 年 月 日	
接種医療機関名		
接種に係る自己負担額	円	
風しん抗体検査年月日	平成・令和 年	
風しん抗体価	HI抗体価 倍（EIA法）	

検査結果表のコピーが必要（検査方法と結果）

予防接種以外の料金（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、対象外です。

※風しん抗体検査により抗体価がHI法で16倍以下又はEIA法で8.0未満と判定されたため予防接種を受けた場合のみ申請できます。

※助成額は5,000円（接種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10,000円）が上限です。ただし自己負担額になります。

振込先	金融機関名								本店 <input type="checkbox"/>	支所 <input type="checkbox"/>
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他（ ）	口座番号							※右詰め
	口座名義人 (カタカナで記入)									

普通預金（総合講座）当座預金の他、
納税準備預金・貯蓄預金があります。
この場合はその他に記入してください。

- (注意) 1、必ず接種費用の領収書（接種者氏名、接種年月日、ワクチン名、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等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。

※右欄は記入しないでください。

市処理欄	交付決定額	円
------	-------	---