

# 記入例

新規・再発行

刈谷市高齢者肺炎球菌予防接種費助成金助成対象者認定申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

刈谷市長

申請者 住所 刈谷市若松町3-8-2

フリガナ カリヤ ハナコ  
(被接種者) 氏名 刈谷 花子

予防接種を受ける人をご記入ください。

連絡のとれる電話番号をご記入ください。

電話番号 (0566) 29-8877

生年月日 大正昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)

次のとおり申請します。

なお、助成金の交付に当たり、市が関係者の住民登録資料、税務資料及び生活保護等の台帳について調査し、照会し、又は閲覧するとともに、指定医療機関において予防接種を受ける場合は、一般社団法人刈谷医師会が助成金を申請し、請求し、及び受領することに同意します。

当てはまる□に✓を入れてください。

世帯区分	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護等受給世帯
過去に肺炎球菌予防接種を受けた日 (受けたことがある場合に記入)	平成 〇年 〇月 〇日 ※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。
肺炎球菌定期接種の接種歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
この助成金の交付歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
予防接種を受ける医療機関名(予定)	<input type="checkbox"/> 市内指定医療機関 【医療機関名： _____】 <input type="checkbox"/> その他の医療機関 【医療機関名： △△病院 住所：〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町△丁目△番地△ 電話：( 〇〇〇〇 ) △△ - △△△△
助成券送付先 (被接種者と異なる場合に記入)	氏名： _____ 住所：〒 _____ 被接種者と異なる住所地に送付を希望する場合のみ、ご記入ください。

市内指定医療機関以外での接種の場合は、住所、電話番号もご記入ください。

被接種者と異なる住所地に送付を希望する場合のみ、ご記入ください。

【市記入欄】 以下は記入しないでください。 令和 年 月 日 確認者 /

本人確認	保険証・免許証・パスポート・その他 ( )	新規・再発行
助成金交付	有 ( )・無	世帯区分 課税・非課税・生保 確認者 /
助成券交付	該当 ・ 非該当	助成金額 3,000円 ・ 8,000円
助成券番号		5年以内の接種 有 ( )・無
接種歴	定期開始以前・H26.10～	市内在住 ・ 転入 (自費接種・市外定期接種)