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　　年　　月　　日

刈谷市長

申請者　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（被接種者）氏（フリガナ）名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号（　　）　　―＿＿＿＿＿＿＿＿
生年月日 大正・昭和　　年　　月　　日（　　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。

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
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)	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。
肺炎球菌定期接種の接種歴	□ない　□ある
この助成金の交付歴	□ない　□ある
予防接種を受ける医療機関名（予定）	□市内指定医療機関 【医療機関名：　　】 □その他の医療機関 【医療機関名：　　】 住所：〒 電話：（　　）
助成券送付先（被接種者と異なる場合に記入）	氏名： 住所：〒

【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	4,000円　・　10,000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）		