様式第１号（第５条関係）

刈谷市帯状疱疹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
予防接種を受ける医療機関（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	3,000円　・　8,000円
助成券番号		還付書類の説明または同封	不要　・　済