

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.....
フリガナ
(被接種者) 氏 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	<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
予防接種を受ける医療機関名(予定)	医療機関名： ※以下は、刈谷市外の医療機関の場合記入してください。 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			