

記入例

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 タロウ
(被接種者) 氏名 刈谷 太郎 予防接種を受ける人
電話番号 (0566) 23 - 8877
生年月日 ^{大正}昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)

連絡のとれる電話番号を記入してください。

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 checked="" 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：△△クリニック ※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：〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町△丁目△番地△ 電話：(〇〇〇〇) △△ - △△△△ 刈谷市内の医療機関の場合は、記入不要です。
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				