

様式第1号（第5条関係）

刈谷市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金支給  
申請書兼請求書

令和 年 月 日

刈谷市長

申請者 住 所.....  
氏 名.....  
被接種者との続柄（ ）  
電話番号（ ） - .....

助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請及び請求します。  
なお、この申請内容について、市が接種医療機関に必要な情報を確認することに同意します。

被 接 種 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
	令和4年4月1日 時点の住所						
	ふりがな						
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
	生 年 月 日	年 月 日					
申請（請求）額		円					
任意接種を受けた年月日		1回目	年 月 日				
		2回目	年 月 日				
		3回目	年 月 日				
接 種 医 療 機 関	所 在 地						
	名 称						
	電 話 番 号						
	複数の医療機関で任意接種を受けた場合は、名称、住所及び電話番号を記入してください。						
振 込 口 座	金 融 機 関 名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 労金					
	種 目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他（ ）	口座番号				
	口座名義人 （カタカナ）						

申請者以外の名義の口座に振込みを希望する場合は、申請者が下記に記入してください。

委任状	
私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者氏名