様式第1号(第5条関係)

刈谷市風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

						令和	年	月	日			
ΙΙχ	谷市長			Ŧ								
, ,		申請者	住 月	· 听								
		中明石										
			被接種和	皆との続札	丙()						
			電話番兒	클 ()		<u> </u>					
	下記のとおり助原	比タのおける	由誌)主	ナ								
	なお、市がこの申				認する	こと及て	ド医療機関	 目に照 <i>今</i>	きす			
	こと並びに健康被	皮害の救済に	こついては									
適	用を受けることに	こ同意します	0									
			言	2								
			(フリ)	ガナ)		生年月日						
接種	重を受けた人	の	氏	名			生年月	<u> </u>				
氏	名、生年月	日				昭和	年	月	日			
						平成	+		Н			
接種	を受けた人の住		者と同じ									
		□刈谷		カルを申)	ア ハンラ	7 - 14 (-)	比比於本	ナ. /ロ / : カサ. i	シー			
		· ·	娠を予定す で無料で		> (V ' ?	0 女性(1	几件快宜	ど保険点	州の棚			
対	象 者 区		振を予定]		ている	5女性(上記以外	で抗体				
	数当する区分にチェック つけてください。	→ →.	がた人)	人的加工		V / I (-	T 10 5///	C 1) L T-1	X A. C			
*_	りりてくたさい。	□ 妊	娠を予定	又は希望し	している	る女性の	夫 (事実	婚含む。	,)			
		□ 妊	娠中の女性	生の夫(『	事実婚 台	含む。)						
助	成 区	77 I	民税課税									
	g当する区分にチェック oけてください。		民税非課程活保護受給									
	<u> </u>			_								
接	種年月	日	令和	年	月	日						
接着	種 医療機 関	名										
接種	住に係る自己負担	1額			円							
風し	ん抗体検査年月	日	平成・令	和	年	月	日					
風	 し ん 抗 体	価 HI	抗体価	———— 倍	(E I A ${}^{\prime}$	 去)			
※ 風	 しん抗体検査によ	<u> </u>	HI 法で 1	6 倍以下	マは EI	A 法で 8.	0 未満と	判定さ:	れたた			
	予防接種を受けた				(0, 21,		5 7 1 1 1 1 G	11/2 2	, , , , , ,			
	成額は5,000円											
10	,000円)が上限で	ざす。 ただし [自己負担额	質が上限額	まり低	い場合に	は自己負担	旦額にな	よります。			
				銀行 口信	: 組		□支店		太店			
	金融機関名			農協 □信	金			所 口刻				
				□ 隽	金							
振		□普通		口座番	:号							
込 先	預 金 種 別	□当座□その他((、 ※右語								
元		口その他	<u> </u>)								
	口座名義人											
	(カタカナで記入)											
(注意												
	の記載の	あるもの)及	なび風しん	抗体検査	結果表	長等の写	<u>し</u> を添付	してく	ださい。			
	2、生活保護	支給 世帯に属	禹する人に	4 生活保護	夏学裕副	止明 書を	で付 して	くたさ	() °			

市処理欄 交付決定額

※右欄は記入しないでください。

記入見本

日

月

令和

年

様式第1号(第5条関係)

※右欄は記入しないでください。

刈谷市長

刈谷市風し	2	予防接	種 弗	田助	战全	☆付1	由請重	: 善語	士 士
	10	' 」 炒」] 女	1生 貝 /	ハリム	$\mu_{\lambda} \equiv$	X 11 '	T B \overline{B}		小百

₹

			申請者	住	所							-	
				氏	名								
				被接種	重者との	の続柄	()					
				電話	番号()			<	日中連絡	各がと	
	a labatha	4.4	5 + / - 2								れる電話	話番号	J
	のとおり助り 声がこの車					日を確認	烈士ス	ニレス	ケバ医り	春機 歴	に昭今	す	
なお、市がこの申請内容について必要な情報を確認すること及び医療機関に照会すること並びに健康被害の救済については独立行政法人医薬品医療機器総合機構法の													
適用を受けることに同意します。													
記													
古 任 ナ	-	<i>(</i>)	(フリガナ) 氏 名					生年月日					
	受けた人生年月			17	名_			昭和	1				-
Д Д ,	工十万	Н						平成		年	月	日	
接種を受	けた人の信	上所	□申請		じ		•						1
及住と文	17 10 70 70	L //I	□刈谷		ウィル	丞, 广月 1	アルフ	bH-	(±	松木		<u>)</u> [4
					止又は ⁷ で受け7		こいる	女性	(九1本	快宜で	を保健剤	Tりが開	
対 象		分	-				ている	女性	(上記	以外。	で抗体検	食査を	
※該当する つけてく	区分にチェッ ださい。	クを	-	けた人		~ 		t 1-1	- 1. /		r	`	
					定义は ^を 女性のき						昏含む。		
 助 成	区	分		民税課		八 (尹)		<u>u , /</u>	.,	吉果表の 方法と	クコピー 公田)	が必要	
※該当する	区分にチェッ				課税世				(伊里)	ガ伝と	和木/		
つけてく			□ 生		受給世								-
接種	年 月	日		Ϋ́	介和	年		月 <u>——</u>	日				
接種医	療機関	名						3	水块海	ill ALO)料金(郵	公美田村	工化
接種に係	る自己負担	日額					円		が対象性			<u>かつり1分</u>	1 <u>1</u>
					۸ r			参	考:確	定申告	では、兆		
風 しん 犰	体検査年月	1 日		平成•	令和	———年 ————	•	X,	の費用	となり	、対象	外です。)
風しん	ん抗体		ΗΙ	抗体価		倍	()	EIA	A 法)	
	抗体検査に。					以下又	は EIA	法で	8.0 未	満と判	判定され	したた	_
め予防!※助成類	接種を受ける は 5,000 円	た場合 (接着	合のみ申	請できいて声	ます。	粗 稻 冊	黒 及 ひ	(生)汗	促罐鸡	经批准	共に 届っ	トスト	14
	は 3,000 円 円) が上限 ⁻				通預金						関語にある		
. =				納	税準備預	金・ <mark>貯</mark>	蓄預金	があり	ます。	11 11 11 11			
	融機 関名			20	の場合は	その他	に記入	してく	ださい。	· 📝	所 口支		
振			普通	2		□座番号	1.						
込 預 先	金 種 別		当座 その他(※右詰							
	ーニー	1 -)								
	座名 義人 タカナで記入)												
,	、必ず <mark>接種</mark>	費用	の領収章	些 (接和	重者氏名	名、 <mark>接</mark>	種年月	日 .	ワクチ	·ン名			, 1
	の記載の	ある	もの)及	:び <mark>風し</mark>	レん抗体	大検査	吉果表	等のご	<mark>写し</mark> を	添付	してく	ださい	
2 .	、生活保護	受給	世帯に属	真する人	人は生活	5保護	受給証	明書	を添付	して	くださ	い。	

市処理欄

交付決定額

円