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

（被接種者）氏　　名（フリガナ）刈谷　太郎（カリヤ　タロウ）

予防接種を受ける人をご記入ください。

電話番号（　0566　）23

連絡のとれる電話番号をご記入ください。

生年月日 大正 昭和　〇〇年〇〇月〇〇日（〇〇歳）

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。

当てはまる□に✓を入れてください。

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：△△クリニック 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　）　△△　－　△△△△
助成券送付先（被接種者と異なる場合に記入）	氏名： 住所：〒

市内指定医療機関**以外**での接種の場合は住所、電話番号もご記入ください。

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・マイナンバーカード・その他（　　）			新規・再発行
助成金交付履歴	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	助成券番号		
助成金額	課税	ビケン：4,000 円	シングリックス：10,000 円	
	非課税	ビケン：8,000 円	シングリックス：20,000 円	
還付書類の説明または同封	不要・要	備考：		