

別記様式（第5条関係）

刈谷市子どもインフルエンザ予防接種費臨時助成金交付申請書

年 月 日

刈谷市長

申請者 住 所.....
 氏 名.....
 電話番号（.....）.....

子どもインフルエンザ予防接種費臨時助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、この申請内容について、市が医療機関等に必要な情報を確認するとともに、一般社団法人刈谷医師会が助成金を請求し、及び受領することに同意します。

被 接 種 者 (接種を受ける者)	住 所	
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)

被接種者の生年月日の区分	助成額	接種	
平成17年4月2日～平成20年4月1日	1,000円/回		
平成20年4月2日～令和2年6月30日	1,000円/回	1回目	
		2回目	

備考

- 1 今回受ける予防接種の接種欄に○印を記入してください。
- 2 必要事項を記入した後、医療機関の窓口へ提出してください。
- 3 接種費用から助成額を差し引いた額を医療機関の窓口でお支払いいただきます。
- 4 一般社団法人刈谷医師会への支払をもって、助成金の交付事務を完了するものとし、申請者への通知は行いませんので、ご了承ください。
- 5 被接種者が助成の対象となる児童の要件を満たさないことが判明した場合は、刈谷市に助成金相当額を返還していただきます。

【医療機関記入欄】

ワクチンロット番号 有効期限	実施医療機関・医師名
Lot No. 皮下注 0.25ml ・ 0.5ml	
接種年月日	
年 月 日	

太枠内をご記入ください。

記入見本

別記様式（第5条関係）

刈谷市子どもインフルエンザ予防接種費臨時助成金交付申請書

年 月 日

刈谷市長

申請者 住 所.....
氏 名.....
電話番号.....(.....).....

子どもインフルエンザ予防接種費臨時助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、この申請内容について、市が医療機関等に必要な情報を確認するとともに、一般社団法人刈谷医師会が助成金を請求し、及び受領することに同意します。

被 接 種 者 (接種を受ける者)	住 所	刈 谷 市
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (欄外に記入)

対象の区分に○をつけてください。

被接種者の生年月日の区分	助成額	接種	
平成17年4月2日～平成20年4月1日	1,000円/回		
平成20年4月2日～令和2年6月30日	1,000円/回	1回目	
		2回目	

備考

- 今回受ける予防接種の接種欄に○印を記入してください。
- 必要事項を記入した後、医療機関の窓口へ提出してください。
- 接種費用から助成額を差し引いた額を医療機関の窓口でお支払いいただきます。
- 一般社団法人刈谷医師会への支払をもって、助成金の交付事務を完了するものとし、申請者への通知は行いませんので、ご了承ください。
- 被接種者が助成の対象となる児童の要件を満たさないことが判明した場合は、刈谷市に助成金相当額を返還していただきます。

【医療機関記入欄】

ワクチンロット番号 有効期限	実施医療機関・医師名
Lot No.	
皮下注 0.25ml ・ 0.5ml	
接種年月日	
年 月 日	