

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

令和 年 月 日

刈谷市長

保護者 住 所 _____

氏 名 _____

被接種者との続柄 ()

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	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 刈谷市 ()
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)

対象	助成額	接種	
平成18年4月2日～平成21年4月1日 (中学生)	1,000円/回		
平成21年4月2日～令和3年6月30日 (生後6か月～小学生)	1,000円/回	1回目	
		2回目	

※太線内を記入し、今回受ける予防接種の接種欄に○印を記入してください。

備考

- 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。

[医療機関の方へ]

- 記入漏れがないか確認をお願いします。また、下の接種年月日等のご記入及びワクチンロットシールを貼付してください。
- 申請書のみ報告書に添付してください。予診票の添付は必要ありませんが、必要に応じて照会させていただきます。

保健センター記入欄		ワクチンロット番号	実施医療機関 ・ 医師名	
インフルエンザ		Lot No.	接 種 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目		皮下注射		
		<input type="checkbox"/> 0.25ml (6か月以上3歳未満)	西暦 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上)		
接種日	2 0	コード		