別記様式（第５条関係）

刈谷市こどもインフルエンザ予防接種費用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（　　）　　－＿＿＿＿＿＿＿＿

刈谷市こどもインフルエンザ予防接種費用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２３年４月２日～平成２６年４月１日	1,000円／回		
平成２６年４月２日～令和８年６月３０日		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ください。

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】

接種年月日	実施医療機関・医師名
年　月　日	愛知県刈谷市東境町児山98番地1 医療法人和香会杉浦医院 医師 杉浦尚敬

令和８年度