

年 月 日

武雄杵島地区

子どもインフルエンザ予防接種費用助成申請書（代理受領委任状）

市・町長 様

申請者 住所

氏名 (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用助成金の交付を申請します。
なお、予防接種の実施医療機関に対して、市町の助成金請求及び受領に係る権限を委任します。
また、助成金の交付にあたり、住民基本台帳等必要な書類の閲覧に同意します。

(助成対象期間:10 月 1 日～1 月 31 日)

被 接 種 者	ふりがな			性 別	男 ・ 女	
	氏 名					
	生年月日	平成 ・ 令和	年	月	日	(歳)
	住 所 〔申請者と異なる〕 場合のみ記入					
本日の予防接種 (該当する回数に○ を付けてください)	皮下接種 (0 歳～13 歳未満)	1 回につき 1,000 円助成	1 回目 ・ 2 回目			
	皮下接種(13 歳～中学 3 年生まで)	2,000 円助成	1 回目			
	経鼻接種 (2 歳～中学 3 年生まで)	2,000 円助成	1 回目			

【留意事項】

- ・この予防接種は、希望される方が接種する任意接種となります。保護者がワクチンの有効性や安全性を十分理解した上で接種してください。
- ・接種費用の助成申請は、この申請書に必要事項を記入の上、接種を受ける医療機関に提出してください。接種費用については、接種料金から助成額を引いた額を医療機関窓口で支払ってください。
- ・被接種者は、接種日において武雄杵島地区内に住所がない場合は、助成を受けることはできません。

【接種医療機関記入欄】

医療機関名・医師名・接種年月日		
医療機関名		
医師名		
接種年月日	年	月 日