

神崎市子どものインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼代理受領委任状

令和 年 月 日

神崎市長 實松 尊徳 様

子どものインフルエンザワクチンの予防接種に係る助成を受けたいので、神崎市子どものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

- 1 申請内容の確認にあたり、神崎市が申請者又は被接種者の住民基本台帳を閲覧すること及び接種内容の確認が必要な場合に接種医療機関に問い合わせることに同意します。
- 2 神崎市子どものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、助成金の受領については、接種医療機関に委任します。

※神崎市子どものインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼代理受領委任状は神崎市が保管します。

○保護者の方は、太枠内をご記入ください。被接種者の年齢は接種当日年齢をご記入ください。

申請者 (保護者)	住 所	神崎市 ※ 住所は、住民票に記載された住所を記入してください。			
	氏 名	(続柄)	電話		
		※ 署名又は記名押印			
被接種者	1	氏 名		接種日等	令和 年 月 日
		生年月日	H・R 年 月 日(歳 か月)	※医療機関 記載	皮下・経鼻 1回目・2回目
		住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		※経鼻は1回のみ助成
	2	氏 名		接種日等	令和 年 月 日
		生年月日	H・R 年 月 日(歳 か月)	※医療機関 記載	皮下・経鼻 1回目・2回目
		住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		※経鼻は1回のみ助成
	3	氏 名		接種日等	令和 年 月 日
		生年月日	H・R 年 月 日(歳 か月)	※医療機関 記載	皮下・経鼻 1回目・2回目
		住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		※経鼻は1回のみ助成

※医療機関記入欄 (未記入の場合は予診票の写しを添付) ○医療機関名および接種医師名

上記のとおりインフルエンザ予防接種を行ったことを証明します。

医療法人 たけうち小児科

医師 竹内 孝仁 印