

令和 年 月 日

**大刀洗町インフルエンザ予防接種助成申請書
兼代理受領に関する委任状**

大刀洗町長 宛

今回接種したインフルエンザ予防接種は、任意の予防接種であることを理解したうえで、次により助成の申請をいたします。また、助成金の受領に関しては、接種を受けた医療機関に委任します。

申請者【保護者】(自署)

住 所 _____

(ふりがな) _____

氏 名 _____

電 話 番 号 _____

接種を受けた医療機関 _____

※被接種者(予防接種を受ける人)が未成年の場合、記入してください。

被接種者 (ふりがな) _____

氏 名 _____

生年月日 年 月 日 (歳 か月) _____

※(住所)保護者と違う場合ご記入ください。

住 所 _____

※助成金の金額は2,000円です。予防接種料金が2,000円に満たない場合は、助成金額は、予防接種料金となります。

接種医療機関記入欄

接種日	令和 年 月 日	接種回数 (○で囲んでください)	1回目 2回目
医療機関	所在地 名称 代表者		