

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		