

様式第1号（第6条関係）

三朝町小児季節性インフルエンザ予防接種助成金申請書（受領委任払用）兼委任状

年 月 日

三朝町長 様

次のとおり小児季節性インフルエンザ予防接種を受け、接種費を支払いましたので、接種費の助成金を申請します。なお、この申請に基づいて支払われる助成金の受領権限を下記の接種医療機関に委任します。

また、助成金の支給に当たり、住民登録を調査されることに同意します。

申請者兼委任者（接種を受けた児の保護者が自署してください。）

住 所

氏 名

電話番号

被接種者 （ふりがな）
氏 名

生年月日 年 月 日（ 歳）

助成金申請額	円
ワクチンの種類	不活化ワクチン（1回目 / 2回目） ・ 経鼻弱毒生ワクチン
接 種 日	年 月 日

【接種医療機関】医療機関が御記入ください。（ゴム印可）

住 所

医療機関名

代表者氏名

㊞