

様式第2号 (第7条関係)

年 月 日

高島市インフルエンザ予防接種費用助成申請書兼代理受領に関する委任状

高島市長

高島市インフルエンザ予防接種助成金の交付を申請します。

なお、下記の記載事項について承知するとともに、高島市が住民基本台帳等により情報を確認することに同意します。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。

下記、アからウの該当する項目に○をつけてください。

ア () 妊婦の方

イ () 接種日当日に生後6ヵ月から13歳未満の方

ウ () 接種日当日に13歳以上であり、平成17年4月2日以降に生まれた方

申請者 [保護者] (自署) 住 所 _____

(ふりがな)

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

接種を受けた医療機関名 _____

接種対象者 (ふりがな)

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ か月)

※ (住所) 保護者と違う場合はご記入ください。

住 所 高島市

* 上記の保護者欄・接種対象者 (予防注射を受ける人) 欄にご記入ください。

* 接種対象者の住民登録が高島市にない場合は、助成の対象になりません。

接種後に判明した場合は、助成金額分を申請者にお支払いいただきます。

* 助成金の金額は、2,000円です。差額は申請者のお支払いとなります。

接種医療機関記入欄

接種日		ワクチン 製造会社名	
Lot No.		接種量	ml
医療機関	名称 おかだ小児科医院 所在地 高島市今津町名小路1丁目1-6	医師名	岡田 清春