

インフルエンザ任意予防接種自己負担金助成事業申請書兼代理受領に関する委任状

申請先 _____ 様

インフルエンザワクチン接種に係る助成金の交付について、次のとおり申請します。なお、下記の記載事項について承知するとともに、請求市・町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。

申請者[保護者] (自署)

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)

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 昭和・平成・令和 年 月 日 (歳 か月)

※接種回数 (過去の接種は日付を記入 今回の接種回数は (○) を記入)

_____ 1回目 (令和 年 月 日) ・ 2回目 _____

※上記住所と違う場合は、ご記入ください。

住 所 _____

接種対象者資格確認 下記に必ずチェックを入れてください

1. 接種当日、泉佐野市以南3市3町の市・町に住民登録がありますか。

ある (_____ 市・町)

ない ⇒助成の対象外です。接種が判明した場合は助成金額をお支払いいただくことになります。

3. 対象者区分

生後6カ月から小学2年生【助成対象：3市3町】

小学3年生から中学3年生【助成対象：泉佐野市・熊取町・田尻町・岬町】

高校1年生から高校2年生【助成対象：田尻町・岬町】

高校3年生【助成対象：泉佐野市・熊取町・田尻町・岬町】

60歳未満の方で、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい有する方及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がい有する方 (身体障害者手帳1級相当)

【助成対象：泉佐野市・熊取町・田尻町・泉南市・阪南市】

母子健康手帳の交付を受けた妊婦【助成対象：泉佐野市・熊取町・田尻町】

*接種医療機関記入欄

接種日	令和 年 月 日	ワクチン 製造会社名	
Lot No.		接種量	mL
医療機関	名 称 所在地 医師名		