

【記載上の注意事項】

資料 3

令和5年度 (様式 第1号)

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

(市 欄)

直接データ読み取りをするので、すべて□の枠内に記載してください。
特に「ワクチン接種対象者」の記入事項は丁寧に記入してください。
記入は、ペン・鉛筆どちらでも構いません。

記入しないで
ください。

●申請者 (保護者) ※枠内に記入してください。

保護者自署

続柄

住所

電話番号

泉佐野市

●ワクチン接種対象者

「フリガナ」は、カタカナで記入。枠に一文字ずつ記入。小文字は一枠、濁点は同じ枠に記入。
(例：小文字「ユ」・濁点「ガ」と一枠に記入)

フリガナ

姓 (下枠に一文字ずつカタカナで記入してください)

名 (下枠に一文字ずつカタカナで記入してください)

氏名 (漢字)

生年月日 西暦 □□□□年 □□月 □□日

接種回数 ※該当する回数を□内に記入してください。

□回目 (2回目の場合…1回目の接種日：□□月 □□日)

※住所が保護者
泉佐野市
1回目の場合は「1」、2回目の場合は「2」と記入。

2回目接種の場合のみ、1回目の接種日を記入。

※助成金との差額のお支払いとなります。接種当日にワクチン接種対象者の住民登録が泉佐野市にない場合は、助成の対象にはなりません。接種後に、泉佐野市に住民登録がないことが判明した場合は、助成金額分を保護者にお支払いいただくこととなります。

接種医療機関記入欄

接種日 西暦 □□□□年 □□月 □□日

接種量 □ 0.5ml □ 0.25ml ※該当する方にレ点を入れてください。

Lot.No (ロットシール可)

有効期限
製造会社名

医療機関 (名称) ロットナンバーは、ロットシール貼付または記入。