

令和 年 月 日

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 泉佐野市長 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、泉佐野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。

申請者[保護者] (自署)

保護者氏名 (続柄)

住所

電話番号

ワクチン接種対象者 (ふりがな)

氏名

平成 年 月 日 (歳 か月)
生年月日 令和 年 月 日

※ 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

※ (住所) 保護者と違う場合ご記入ください。

住所

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

*ワクチン接種対象者の住民登録が、接種当日に泉佐野市にない場合は、助成の対象になりません。

接種後に判明した場合は、助成金額分を保護者にお支払いいただくこととなります。

*助成金の金額は、1回につき上限1,500円です。

各医療機関の設定した予防接種の単価との差額をお支払いしてください。

接種医療機関記入欄

接種日	年	月	日	ワクチン 製造会社名	
Lot No.		有効期限		接種量	mL
医療機関	名称	所在地		医師名	