

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



(市使用欄)

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(1回につき上限1500円)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事に同意します。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) ※枠内に記入してください。

保護者自署

続柄

住所

泉佐野市

電話番号

●ワクチン接種対象者 ※枠内に記入してください。

姓 (下枠に一文字ずつカタカナで記入してください)

フリガナ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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)

※住所が保護者と違う場合、ご記入ください。

泉佐野市

※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・所在地・医師名)

泉佐野市若宮町3-19  
医療法人山田外科医院  
院長山田裕史