

年 月 日

岸和田市子どものインフルエンザ (任意) 予防接種費用助成申請書

兼代理受領に関する委任状

岸和田市長 様

インフルエンザ予防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、岸和田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)

住 所 岸和田市

(ふりがな)

氏 名

電話番号

接種を受けた医療機関名

2回目接種の場合*4 接種日 年 月 日

予防接種対象者 (ふりがな)

氏 名

生年月日 年 月 日 (歳 か月)

※ (住所) 保護者と違う場合ご記入ください。

住 所

- *1 上記の保護者欄・予防接種対象者 (予防接種を受ける人) 欄にご記入ください。
- *2 予防接種対象者の住民登録が岸和田市にない場合は原則、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。
- *3 助成額は、1回あたり上限3,000円です。差額は保護者のお支払いとなります。
- *4 生後6か月以上13歳未満は2回目まで助成対象となり、助成額は上限6,000円です。

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.		接種量	mL
医療機関	桜台クリニック 木村晋三 〒596-0816 岸和田市尾生町3丁目4-38		