

関市小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼代理受領委任状

(宛先) 関市長 様

関市小児インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、関市小児インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第5条第2項の規定により申請します。また、同条第1項の規定によりその請求及び受領の権限を以下の医療機関に委任します。

※太枠内を記入の上、接種を受ける医療機関へ提出してください。

住 所	関市		
受ける人の氏名		生 年 月 日	平成・令和 年 月 日生 (歳 か月)
保護者の氏名	自署	回 数	1回目 ・ 2回目
電 話 番 号		1回目の接種日 (2回目の方のみ)	年 月 日

ワクチンの種類	接種年月日	実施場所・医師名
皮下接種 ・ 経鼻接種 どちらかに○をご記入ください	年 月 日	実施場所 関市東貸上8 多田こどもクリニック 医師名 多田 英倫