

第1の2号様式（第5条関係）

年 月 日

藤 枝 市 長

申請者（※18歳以上は被接種者氏名）

住 所	藤枝市
氏 名	
電話番号	

藤枝市法定外予防接種助成金交付申請書兼代理受領委任申出書（個人用）

藤枝市法定外予防接種助成金交付要綱第5条の規定により、助成金の交付申請、請求及び代理受領を下記の指定医療機関に委任します。

1 被接種者が受ける予防接種

予防接種名	申請回数	接種年月日	交付申請額
インフルエンザワクチン	1回目	年 月 日	1,000円
	2回目	年 月 日	1,000円

（※助成回数：小学生以下は2回、中学生以上は1回）

2 被接種者

フリガナ 被接種者氏名		生年月日	H・R	年 月 日 (歳 か月)
住 所	藤枝市			
対象区分	※接種現在 小学生以下 ・ 中学生以上			

※接種費用の額と助成申請額との差額を医療機関へお支払ください。

【実施医療機関記入欄】

上記の助成金の申請及び請求、受領について受任します。（接種日） 年 月 日

受 任 者	住 所 〒426-0033 藤枝市小石川町1丁目10番21-1号
	医療機関名 小石川町小児科クリニック
	代表者名 院長 小山 尚 俊 印