

藤 枝 市 長

申請者

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 (同一世帯用)

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。

被接種者名	生年月日 (接種日年齢)	続柄	インフルエンザワクチン 接種年月日		交付 申請額
			1回目	2回目 (小学生以下)	
	年 月 日 (歳)		年 月 日	年 月 日	1,000円
	年 月 日 (歳)		年 月 日	年 月 日	1,000円
	年 月 日 (歳)		年 月 日	年 月 日	1,000円
	年 月 日 (歳)		年 月 日	年 月 日	1,000円
	年 月 日 (歳)		年 月 日	年 月 日	1,000円
	年 月 日 (歳)		年 月 日	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)

※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 小石川町小児科クリニック 代表者名 院長 小山 尚 俊 ㊞
-------------	--