

年 月 日

島本町長 様

申 請 者（保護者） _____

被接種者との続柄 _____

住 所 _____

電話番号 _____

島本町子どものインフルエンザ予防接種費用助成金申請書兼代理受領委任状

子どものインフルエンザ予防接種は、予防接種法に基づかない任意接種であり、予防接種法に基づく定期接種とは健康被害が生じた場合の救済額等が異なることを理解した上で接種を受け、次のとおり子どものインフルエンザ予防接種費用の助成を申請します。

なお、助成金の請求及び受領に係る権限を指定医療機関に委任します。

被接種者 (子ども)	ふりがな 氏名	()	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
			学年	いずれかにチェックを入れてください。 ☐ 小学校入学前 ☐ 小学 年生 ☐ 中学 年生
	住所	いずれかにチェックを入れてください。 ☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる (〒 -)		
今年度の インフルエンザ接種回数		1 回 目 ・ 2 回 目		

【指定医療機関記入欄】

医療機関名	接種医師名	接 種 日
		年 月 日