

三条市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

(宛先) 三条市教育委員会

インフルエンザ予防接種費用助成の請求及び受領を下記の医療機関に委任します。

【同意書】 インフルエンザ予防接種費用の助成を受けるに当たり、本書が三条市に提出されることに同意します。

接 種 回 数	1 回 目 ・ 2 回 目	保護者自署	
住 所	三条市 電話番号		
フリガナ		生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)
接種者氏名			

【医療機関記載欄】

☐ 上記の者に皮下ワクチン予防接種を行い、接種に係る費用について 2,000 円を差し引いた額を受領しました。

☐ 上記の者に経鼻ワクチン予防接種を行い、接種に係る費用について 4,000 円を差し引いた額を受領しました。

令和 年 月 日

医療機関住所
医療機関名
接種医師名

【留意事項】

- ・ 接種費用助成を申請する場合は、この用紙を接種を受ける医療機関に提出ください。
- ・ 接種を受ける方が接種日に三条市に住所がない場合は、助成を受けることはできません。
- ・ 接種を受ける方が助成対象外であることが確認された場合は、助成金を返納していただきます。

三条市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

(宛先) 三条市教育委員会

インフルエンザ予防接種費用助成の請求及び受領を下記の医療機関に委任します。

【同意書】 インフルエンザ予防接種費用の助成を受けるに当たり、本書が三条市に提出されることに同意します。

接 種 回 数	1 回 目 ・ 2 回 目	保護者自署	
住 所	三条市 電話番号		
フリガナ		生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)
接種者氏名			

【医療機関記載欄】

☐ 上記の者に皮下ワクチン予防接種を行い、接種に係る費用について 2,000 円を差し引いた額を受領しました。

☐ 上記の者に経鼻ワクチン予防接種を行い、接種に係る費用について 4,000 円を差し引いた額を受領しました。

令和 年 月 日

医療機関住所
医療機関名
接種医師名

【留意事項】

- ・ 接種費用助成を申請する場合は、この用紙を接種を受ける医療機関に提出ください。
- ・ 接種を受ける方が接種日に三条市に住所がない場合は、助成を受けることはできません。
- ・ 接種を受ける方が助成対象外であることが確認された場合は、助成金を返納していただきます。