

記入例

三条市民→医療機関→三条市

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 **太枠内を保護者の方が記入してください。**
されることに同意します。

令和 6年 10月 1日	保護者自署 三 条 一 郎		
接 種 回 数	1回目 ・2回目	種 類	皮下ワクチン・経鼻ワクチン
住 所	三条市 新堀 1311 番地	医療機関にご確認ください。	
		電話番号	090-1234-5678
フリガナ	サンジョウ ハナコ	生年月日	平成 令和 6年 4月 1日
接種者氏名	三 条 花 子		(0歳 6か月)

上記の者に予防接種を行い、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。

令和 年 月 日	医療機関住所
	医療機関名
	接種医師名

医療機関が記入します。

【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。

ご確認ください。

- ・記入内容にもれがないか確認いただき、医療機関に提出してください。
- ・予防接種を受けるお子様1人1回につき1枚記入してください。
- ・代理受領委託医療機関※以外の医療機関には提出不要です。

※ホームページ、子育て支援サイトでご確認ください。