

様式第1号（第6条関係）

山縣市妊婦・こどもインフルエンザ予防接種費用助成金

交付申請書兼代理受領委任状

（宛先）山城市長 様

山城市妊婦・こどもインフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、山城市妊婦・こどもインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第6条第1項の規定により申請します。また、同条2項の規定によりその請求及び受領の権限を以下の医療機関に委任します。

住所	
連絡先	( ) —
受ける人の氏名	
生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
保護者の氏名 (自署)	
接種回数	・不活化ワクチン 1回目 ・ 2回目 ・経鼻弱毒生ワクチン

※太枠内を記入の上、接種を受ける医療機関へ提出してください。

実施場所

医師名

接種年月日

年

月

日