

様式第1号（第7条関係）

魚津市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書及び委任状

年 月 日

魚津市長 宛

魚津市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので申請します。なお、この助成額の請求及び受領については、対象医療機関へ委任します。

申請者 (保護者)	フリガナ		接種を受ける者との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

接種対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	
	接種区分	<input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 妊婦		
	接種回数	<input type="checkbox"/> 1回目		
		<input type="checkbox"/> 2回目（小学生のみ）		
接種年月日	年 月 日			

〈医療機関記入欄〉

接種対象者であることを下記の方法で確認し、予防接種を実施しました。

小学生及び中学生	<input type="checkbox"/> ハガキ又は、こども医療費受給資格証、ひとり親家庭等医療費受給資格証等で住所、生年月日を確認
妊婦	<input type="checkbox"/> ハガキ又は、母子健康手帳を確認

【接種年月日】

【医療機関名】

年 月 日
