

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

平成 年 月 日

(宛先) 高槻市長

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の上接種を受け、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、助成額の受領に係る手続きについては、接種医療機関に委任します。

申請者 (保護者)	ふりがな 氏名	()	被接種者との 続柄	
			電話番号	() -
	住民票に記載 されている 住所	〒569- 高槻市		
被接種者 (子ども)	ふりがな 氏名	()	生年月日	平成 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。 <input type="checkbox"/> 小学校入学前 <input type="checkbox"/> 小学 年生
	住民票に記載 されている 住所	いずれかにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる (〒569- 高槻市)		
今年の インフルエンザ接種回数	1回目 ・ 2回目			

これより下は医療機関が記入してください。

接種医療機関名 **天神田中内科クリニック**

接種医師名 **田 中 基 晴**

接種年月日