様式第１号（第３条関係）

インフルエンザワクチン接種費助成金交付申請書兼代理受領委任状

年　　月　　日

（宛先）秋田市長

申請者

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被接種者との続柄　本人・母・父・その他　（　　）

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり、インフルエンザワクチン接種費助成金の交付について申請します。
なお、助成金の請求および受領にかかる手続きについては、接種した医療機関に委任します。

申請金額　　円

対象者（被接種者）	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年　　月　　日		
	住民票に記載の住所			
今回対象となる接種回数	☐ １回目　☐ ２回目		接種年月日	年　　月　　日
今回対象となる接種種類	☐インフルエンザＨＡワクチン（注射） ☐経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（経鼻）			

妊娠されているかたのみ記載

妊娠確認書類	☐ 母子健康手帳　☐ その他（　　）

医療機関記入欄

接種年月日等は、上記のとおりであることに相違ない。

年　　月　　日

医療機関名　ひらの小児科クリニック
医師名　平野修平

記入例

様式第１号（第３条関係）

インフルエンザワクチン接種費助成金交付申請書兼代理受領委任状

○○ 年　○○ 月　○○ 日

（宛先）秋田市長

申請者

住　　所　秋田市・・・・・・・・・

氏　　名　●●　●●

被接種者との続柄　本人・母・父・その他　（　　）

電話番号　×××－××××－××××

次のとおり、インフルエンザワクチン接種費助成金の交付について申請します。
なお、助成金の請求および受領にかかる手続きについては、接種した医療機関に委任します。

申請金額　１，０００　円

対象者（被接種者）	フリガナ	＊＊＊　＊＊＊＊		
	氏名	●●　■■		
	生年月日	△△ 年　△△ 月　△△ 日		
	住民票に記載の住所	住所と同じ		
今回対象となる接種回数	☑ １回目　☐ ２回目		接種年月日	□□ 年　□□ 月　□□ 日
今回対象となる接種種類	☑ インフルエンザＨＡワクチン（注射） ☐ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（経鼻）			

妊娠されているかたのみ記載

妊娠確認書類	☐ 母子健康手帳　☐ その他（　　）

医療機関記入欄

接種年月日等は、上記のとおりであることに相違ない。

年　月　日

医療機関名　ひらの小児科クリニック
医師名　平野修平