

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

(宛先) 秋 田 市 長

年 月 日

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

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			
今 回 対 象 となる接種	☐ 1 回 目	☐ 2 回 目	接種年月日	年 月 日

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
医 師 名ごしよの耳鼻咽喉科
院長 辻 正 博