

被接種者⇒受託医療機関⇒小千谷市

小千谷市妊婦・子どもインフルエンザ予防接種助成金申請書兼代理受領委任状

令和 年 月 日

小千谷市長 あて

インフルエンザ予防接種費用の助成を次のとおり申請します。請求及び受領については下記の医療機関に委任します。

また、インフルエンザ予防接種費用の助成を受けるにあたり、本書が小千谷市に提供されることに同意します。

区 分	いずれかに○をつけて下さい。 妊婦 ・ 子ども	本年度 申請回数	不活化ワクチン	☐ 1 回目分 ☐ 2 回目分
住 所	〒 小千谷市	いずれかに☑をつ けて下さい。	☐ 経鼻弱毒生ワクチン	
フリガナ		フリガナ		
被接種者 氏 名		保護者 氏 名		
生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日(歳 か月)	電話 番号		

○注意

- ・ 保護者氏名は被接種者が 18 歳未満の場合に記入してください。
- ・ 上記を記入し、接種を受ける市が委託した医療機関へ提出してください。
- ・ 小千谷市から転出した場合は、助成を受けることができません。
- ・ この予防接種は定期接種ではありません。希望する方が接種する任意の予防接種です。
- ・ 経鼻弱毒生ワクチンは 2,000 円が助成額の上限です。

※以下は、医療機関が記入してください。

上記のとおり予防接種を行い、予防接種に係る費用から
を被接種者（又は保護者）から受領しました。

※いずれかに○をつけて下さい。

・ 1,000 円
・ 2,000 円
を差し引いた額

接種年月日	
医療機関名	
接種医師名 (医師署名または記名押印)	