様式第1号（第7条関係）

申請者→指定医療機関→身延町

年　　月　　日

身延町長　　　　様

申請者（保護者）

住　　所　身延町

氏　　名　　　　　　　　　㊞

電話番号

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

子どものインフルエンザ予防接種費用の助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します

接種対象者（接種する子ども）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生まれ |
| 接種時年齢 | 歳　　　　月 |
| 保護者との続柄 |  |
| 今回のインフルエンザ予防接種 | 1回目　　　　2回目  （どちらかに〇） |

なお、身延町子どものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱の規定により、助成金の請求、受領についての権限を次の者に委任します

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |

　<注意事項>

　1　上記をすべて記載し、身延町の指定医療機関に予約し、接種時に提出してください。

　2　接種対象は接種日において身延町に住んでいる子どもで、生後6月～高校3年生までです。

3 助成接種期間は、　年10月1日から　　　年1月31日までです。

　4　原則、接種回数は接種日において12歳以下のお子さんは2回、13歳以上のお子さんは1回とされています。

**（※指定医療機関記入欄）**

上記の接種対象者に対し、インフルエンザ予防接種を実施しました

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 使用ワクチン名 | 接種量 | 医療機関名、接種日 |
| ワクチン名  Lot　No | ｍｌ | 医療機関名  医師名  接種年月日　　　　　年　　月　　日 |