

第1号様式（その2）（第5条関係）

任意予防接種費用助成（受領委任払）申請書

令和 年 月 日

（宛先）焼津市長（指定医療機関経由）

次のとおり焼津市任意予防接種費用助成金の交付を申請します。なお、助成金の受領を下記の指定医療機関へ委任します。

【申請者記入欄】※訂正は二重線で（訂正印は不要です）

申請者 (保護者)	住 所			
	(フリガナ) 氏 名	(署名又は記名押印)		
	電話番号	()	—	
	予防接種を受けた者との続柄			
予防接種を 受けた者	(フリガナ) 氏 名			
	住 所	※必ず接種日現在の住民票の住所地を記載すること。※同上でも可 (焼津市)		
	生年月日	年	月	日 (歳) (か月)
	対象区分	※接種現在 乳幼児 ・ 小学生 ・ 中学生		
予防接種	接種回数	接種年月日	助成金申請額	
小児インフルエンザワクチン	<input type="checkbox"/> 1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1,000 円 <input type="checkbox"/> () 円) 生活保護世帯	
	<input type="checkbox"/> 2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1,000 円 <input type="checkbox"/> () 円) 生活保護世帯	
おたふくかぜワクチン	1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 2,000 円 <input type="checkbox"/> () 円) 生活保護世帯	
	2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 2,000 円 <input type="checkbox"/> () 円) 生活保護世帯	

(注)

- は、該当するところにレ点を付してください。
- 接種費用の額と助成申請額の差額を医療機関へお支払いください。
- 生活保護世帯の人の場合は、生活保護受給証明書を医療機関へ提出（添付）してください。接種費用の全額を助成します。

【指定医療機関記入欄】

受 任 者	接種年月日	令和 年 月 日
	住 所	藤枝市末広1丁目3-17
	医療機関名	藤枝あおば耳鼻咽喉科
	代表者名	加藤 賢 ㊟