

R2年 10月 30日

甲斐市長 様

・対象者①は保護者  
・対象者②は被接種者本人  
・対象者③は被接種者本人  
または保護者

申請者 (助成対象者)  
住所 甲斐市篠原 2610 番地  
氏名 甲斐 太郎 (印)  
電話番号 090-1234-5678

必ず印鑑を!  
ないものは受  
付できません

甲斐市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

甲斐市任意インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定に  
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。

被接種者氏名	甲斐 花子	接種する人
生年月日 (接種時年齢)	R2年 ○月 △日 ( 歳 11月)	
被接種者との続柄	父	申請者(助成対象者)の被接種者との続柄
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○)

接種対象は、接種日において甲斐市に住んでいる人で、次の①～③のいずれかに該当する人です。該当する番号に○を付けてください

- ① 接種日において生後6月以上18歳以下の者  
(平成14年4月2日以後に出生した者に限る。)
- ② 接種日において母子健康手帳を有する妊婦
- ③ 接種日において重度心身障がい者医療費助成制度の対象である者

該当する番号に  
○(丸)をして  
ください

なお、甲斐市任意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	医療機関名を記入してください
-------	----------------

〈注意事項〉

- 1 上記をすべて記載し、甲斐市の指定医療機関に予約し、接種時に提出してください。
- 2 助成の対象となる接種期間は、令和2年10月1日から令和3年1月31日までです。
- 3 接種回数は接種日において13歳未満のお子さんは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・医師名・接種年月日
ワクチン名		医療機関名
Lot No	m l	医師名
		接種年月日 年 月 日