

藤 枝 市 長

申請者

住 所	藤枝市
氏 名	
電話番号	

藤枝市法定外予防接種助成金交付申請書兼代理受領委任申出書（同一世帯用）

藤枝市法定外予防接種助成金交付要綱第5条の規定により、助成金の交付申請、請求及び代理受領を下記の指定医療機関に委任します。

被接種者名	生年月日 (接種日年齢)	続柄	インフルエンザワクチン 接種年月日		交付 申請額
			1回目	2回目 (小学生以下)	
			年 月 日	年 月 日	
	年 月 日 ( 歳)		年 月 日	年 月 日	1,000 円
	年 月 日 ( 歳)		年 月 日	年 月 日	1,000 円
	年 月 日 ( 歳)		年 月 日	年 月 日	1,000 円
	年 月 日 ( 歳)		年 月 日	年 月 日	1,000 円
	年 月 日 ( 歳)		年 月 日	年 月 日	1,000 円
	年 月 日 ( 歳)		年 月 日	年 月 日	1,000 円

(※助成回数：小学生以下は2回、中学生以上は1回)

※接種費用の額と助成申請額との差額を医療機関へお支払ください。

【実施医療機関記入欄】

上記の助成金の申請及び請求、受領について受任します。 (接種日) 年 月 日

受 任 者	住 所
	医療機関名
	代表者名 <span style="float: right;">㊟</span>

# 記入見本：同一世帯員が同日に接種する場合に利用可

第1の3号様式（第5条関係）

藤枝市長

申請者

令和4年11月8日

住 所	藤枝市南駿河台1-14-1
氏 名	藤枝 藤子
電話番号	054-645-1111

藤枝市法定外予防接種助成金交付申請書兼代理受領委任申出書（同一世帯用） 同日

藤枝市法定外予防接種助成金交付要綱第5条の規定により、助成金の交付申請、請求及び代理受領を下記の指定医療機関に委任します。

被接種者名	生年月日 (接種日年齢)	続柄	インフルエンザワクチン 接種年月日		交付 申請額
			1回目	2回目 (小学生以下)	
藤枝 太郎	平成21年9月1日 (13歳)	長男	令和4年11月8日	年 月 日	1,000円
藤枝 華	平成24年9月8日 (10歳)	長女	年 月 日	令和4年11月8日	1,000円
藤枝 舞	平成28年8月8日 (6歳)	次女	年 月 日	令和4年11月8日	1,000円
	年 月 日 ( 歳)		年 月 日	年 月 日	円
	<b>申請者からみでの続柄を記入</b>		年 月 日	年 月 日	円
	年 月 日 ( 歳)		年 月 日	年 月 日	円

(※助成回数：小学生以下は2回、中学生以上は1回)

※接種費用の額と助成申請額との差額を医療機関へお支払ください。

**【実施医療機関記入欄】**

上記の助成金の申請及び請求、受領について受任します。 (接種日) 年 月 日

受 任 者	
-------------	--