

令和 8 年 ** 月 ** 日

敦賀市長 あて

申請者（委任者）接種対象者の保護者又は接種対象者
氏 名 敦賀 △△
住 所 敦賀市中央町 1 丁目 1 - 2 - *
電話番号 090 - 1111 - ****

敦賀市こどものインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼代理受領委任状

こどものインフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、助成の決定にあたり、接種対象者の住民登録について確認することに同意します。

(ふりがな)		つるが ●●●●	
接種対象者氏名		敦賀 ●●	
生年月日・年齢（学年）		平成 21 年 1 月 ** 日 18 歳（小・中・高 3 年）	
性 別	男 ● ● 女	接種回数	1 回目 ● ● 2 回目 ※ 2 回目助成対象となるのは、1 回目接種時点で 13 歳未満の方によるインフルエンザ HA ワクチン接種に限ります

敦賀市こどものインフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第 5 条の規定に基づき助成金の請求及び受領に係る権限を下記医療機関に委任します。

医療機関名 ◆◆ 医院

代表者名 院長 ◆◆ ◆◆

医療機関が記入しますので、
空けておいてください

【指定医療機関記入欄】

接 種 日	使用ワクチン	備 考
年 月 日	☐ インフルエンザ HA ワクチン	
	☐ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン	