様式第１号（第５条関係）

令和８年＊＊月＊＊日

敦賀市長　あて

保護者の氏名を記入してください。
（接種する方が１８歳の場合には、
ご本人の氏名を記入していただいてもかまいません。）

申請者（委任者）接種対象者の保護者又は接種対象者（１８歳）

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３１年５月＊＊日　７歳（小・中・高　１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	