

年 月 日

藤 枝 市 長

申請者（※18歳以上は被接種者氏名）

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（個人用）

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。

1 被接種者が受ける予防接種

予防接種名	申請回数	接種年月日	交付申請額
インフルエンザワクチン	1回目	年 月 日	1,000円
	2回目	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）

2 被接種者

フリガナ 被接種者氏名		生年月日	H・R	年 月 日 ( 歳 か月)
住 所	藤枝市			
対象区分	※接種現在 小学生以下 ・ 中学生以上			

※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	〒426-0033 静岡県藤枝市小石川町1-7-20
	医療機関名	医療法人社団 安誠会 みやはら内科クリニック
	代表者名	宮原 健夫 ㊞ TEL054-647-5670 FAX054-647-5671

年 月 日

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 ( 歳)	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		

(※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	〒426-0033 静岡県藤枝市小石川町1-7-20
	医療機関名	医療法人社団 安誠会 みやはら内科クリニック
	代表者名	宮原 健夫 ㊞ TEL054-647-5670 FAX054-647-5671