

接種者年齢に○をして下さい 未就学児・小学生・中学生
大館市小児インフルエンザ予防接種助成（申請書及び委任状）

令和 年 月 日

大館市長 様 大館市小児インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので申請します。
なお、この助成金の請求・受領については、接種した医療機関へ委任します。

申請者 委任者 (保護者)	住 所	大館市		
	フリガナ氏名		電話番号	

接種を 受ける人 (接種対象者)	住 所	大館市		
	フリガナ氏名		生年月日	平成 年 月 日 (歳 か月)
			接種回数	1 回目 ・ 2 回目

【医療機関記入欄】

接 種 日	実施医療機関名	助 成 額
令和 年 月 日		1,500円・全額(円) 全額の場合：緊急時医療依頼証番号()
		☐ フルミスト使用

接種者年齢に○をして下さい 未就学児・小学生・中学生
大館市小児インフルエンザ予防接種助成（申請書及び委任状）

令和 年 月 日

大館市長 様 大館市小児インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので申請します。
なお、この助成金の請求・受領については、接種した医療機関へ委任します。

申請者 委任者 (保護者)	住 所	大館市		
	フリガナ氏名		電話番号	

接種を 受ける人 (接種対象者)	住 所	大館市		
	フリガナ氏名		生年月日	平成 年 月 日 (歳 か月)
			接種回数	1 回目 ・ 2 回目

【医療機関記入欄】

接 種 日	実施医療機関名	助 成 額
令和 年 月 日		1,500円・全額(円) 全額の場合：緊急時医療依頼証番号()
		☐ フルミスト使用