

接種者年齢に ○をして下さい	未就学児		小学生	中学生	中学卒業以上 19 歳	20 代
	30 代	40 代	50 代	60～64 歳	定期対象者除く 65 歳以上	

大館市インフルエンザ予防接種費用助成申請書及び委任状令和 年 月 日

大館市長 様 大館市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 (本人又は保護者)	住 所	大館市			
	フリガナ 氏 名	ⓐ		電話番号	

備考 1 接種者が未成年の場合には、申請者・委任者の氏名欄に保護者の名前をご記入下さい。
2 自署の場合は、印鑑不要です。

接種を 受ける人 (接種対象者)	住 所	大館市 (申請者と同じ場合は、同上とお書きください。)			
	フリガナ 氏 名	(申請者と同じ場合は、同上とお書きください。)			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳 か月)			
	接種回数	1 回目 ・ 2 回目 (1 回目の接種時に 13 歳未満の方のみ) ※接種回数に○をしてください			

【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	ⓐ	2,000 円 ・ 全額 (円) ※全額の場合：緊急時医療依頼証番号 ()