

南国市予防接種費用助成事業における接種費用助成金交付申請書

南国市長 様

南国市予防接種費用助成事業における接種費用助成金の交付を受けたいので、南国市予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

※太枠内は保護者が記入してください。		申請日	令和	年	月	日
保護者	フリガナ			子どもとの関係	※子どもから見た関係を記入してください。	
	氏 名	印 (本人自筆の場合は押印不要)				
	住 所	南国市				
	電話番号	※連絡のとれる番号を記入してください。				
子ども	フリガナ			生年月日	H ・ 年 月 日 R (満 歳)	
	氏 名					
	住 所	南国市 ※保護者と同じ住所の場合は「同上」でもかまいません。				
予防接種の種類		<input type="checkbox"/> おたふくかぜワクチン <input checked="" type="checkbox"/> 季節性インフルエンザワクチン(1回目・2回目)				
予防接種の接種日		令和 年 月 日				
接種費用助成金 交付申請額		金 1,000 円 ※接種費用助成金の限度額 おたふくかぜワクチン : 3,000円 季節性インフルエンザワクチン : 1,000円				
確認事項 ※確認のうえ、✓してください。		<input type="checkbox"/> 予防接種を受けた子どもは、接種日において南国市の住民基本台帳に記録されています。 <input type="checkbox"/> 偽りその他不正の手段により接種費用助成金の交付を受けたことが判明したときは、助成金を返還します。				
委任状 私は、下に記載する予防接種を受けた医療機関に対し、接種費用助成金の交付の請求及び受領の権限を委任します。 委任者（保護者）氏名 _____ 印 _____ (本人自筆の場合は押印不要)						
予防接種を受けた 医療機関	所 在 地	高知市葛島2丁目6番30号				
	医療機 関名	こうせいこどもクリニック				
	代表者 氏名	山 口 結 花				