

八潮市インフルエンザ予防接種費用臨時助成金交付申請書兼委任状

年 月 日

(宛先) 八潮市長

八潮市インフルエンザ予防接種費用臨時助成金交付要領の規定により、次のとおり申請（請求）します。

なお、助成要件の確認のために、市が保有する個人情報を見直し、及び調査すること並びに医療機関又は助産施設に問い合わせることに同意します。

申請者 (請求者)	ふりがな						
	氏名	(印) ※申請者本人が自署した場合は、押印は必要ありません。					
	住所	〒 八潮市					
	電話番号	【自宅・携帯】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入					
被接種者	ふりがな			生	年	月	日
	氏名			年月日			
	住所	〒 八潮市					
対象区分	<input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 妊婦 (1回分) <input type="checkbox"/> 生後6カ月～13歳未満 (1回目) <input type="checkbox"/> 13歳以上～中学3年生 (1回分) <input type="checkbox"/> 生後6カ月～13歳未満 (2回目)						
接種日	年 月 日						
申請額	円	※申請額は、接種費用の額が、2,000円未満の場合は接種費用の額と同額とし、2,000円以上の場合は、2,000円となります。					

委 任 状

助成金の交付が決定された場合は、助成金の受領の権限を次の者に委任します。

接種医療機関 (受任者)	所在地	埼玉県八潮市中央3丁目12番地12
	医療機関名	医療法人ほり小児科
	代表者名	理事長 堀 正 巳

備考：医療機関は、この申請書兼委任状を受け取ったときは、被接種者が助成対象者であるか確認の上、申請者の接種費用から助成金相当額（2,000円/回）を差し引いた額のみを徴収し、この申請書兼委任状と請求書を翌月の15日までに八潮市立保健センターに提出してください。