

様式第 1 号 (第 6 条関係)

年 月 日

綾部市長 様

綾部市小児インフルエンザ予防接種費用助成金代理受領委任状  
兼予防接種証明書

綾部市小児インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第 6 条の規定に基づき、市から交付を受ける助成金の請求及び受領の権限を下記の接種医療機関に委任します。

記

助成対象者	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

※助成対象者は接種を受けた者の保護者に限ります。

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名			( 歳 か月 )	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	皮下接種	<input type="checkbox"/> 生後 6 か月から 1 3 歳未満の者 <input type="checkbox"/> 1 回目 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2 回目 年 月 日 <input type="checkbox"/> 1 3 歳から 1 5 歳に達する日以後の最初の 3 月 3 1 日までの間にある者 年 月 日			
経鼻接種	<input type="checkbox"/> 2 歳から 1 5 歳に達する日以後の最初の 3 月 3 1 日までの間にある者 年 月 日				

該当区分の□にレ点、接種日を記入

※医療機関記入欄

綾部市小児インフルエンザ予防接種証明書

上記の者に、下記のとおり小児インフルエンザワクチンの接種をしたことを証明します。  
また、助成対象者に交付される助成金の請求及び受領の権限を委任されることを承諾します。

接種日 : 年 月 日

接種医療機関名 :