

令和 7 年 11 月 3 日

綾部市長 様

接種当日の日にちを
記入してください。

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。

保護者の情報を記入してください。
※必ず手書きしてください。

記

助 成 対 象 者	フリガナ	アヤベ ハナコ	接種を受けた者 との続柄	母
	氏 名	綾部 花子		
	現 住 所	〒623-0011 綾部市青野町東馬場下15番地の6		
	電 話 番 号	0773-42-0020		

※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	アヤベ タロウ	生 年 月 日	令和 3 年 10 月 3 日 (4 歳 1 か 月)	
	氏 名	綾部 太郎			
	住 所	☒ 申請者と同じ	〒		
	皮下接種	☒ 生後 6 か月から 13 歳未満の者 □ 1 回目 年 月 日 ☒ 2 回目 令和 7 年 11 月 3 日 □ 13 歳から 15 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある者 年 月 日			
経 鼻 接 種	☐ 2 歳から 15 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある者				

お子さんの情報を記入してください。

皮下接種、経鼻接種の欄は、今回接種するワクチンの箇所のみ記載してください。

※医療 ※皮下接種の方は接種回数の書き間違いにご注意ください。

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 :

医療機関が記入します。