

## 近江八幡市インフルエンザ予防接種費用助成金申請書兼代理受領委任状

令和 年 月 日

(宛先)近江八幡市長

子ども（平成17年4月2日生まれ～接種日に6か月以上の者・1回目の接種日に12歳以下の場合は2回接種）及び妊婦のインフルエンザ予防接種は、予防接種法に基づかない任意接種であり、予防接種法に基づく定期接種とは健康被害が生じた場合の救済額等が異なることを理解の上接種を受け、次のとおりインフルエンザ予防接種費用の助成を申請します。

- 申請内容の確認にあたり、近江八幡市が申請者又は被接種者の住民基本台帳を閲覧すること及び接種内容等の確認が必要な場合に接種医療機関に問い合わせることに同意します。
- 予防接種費用の助成額の受領にかかる手続きについては、接種医療機関に委任します。

※ 近江八幡市インフルエンザ予防接種費用助成金申請書兼代理受領委任状は、近江八幡市が保管します。

申請者 (保護者)	ふりがな 氏名		被接種者 との続柄	
	住民票に記載されている 住所	〒 近江八幡市 町		
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
	住民票に記載されている 住所	いずれかにチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる (〒 近江八幡市 町 )		
今年の インフルエンザ接種回数		1回目 ・ 2回目		

※ 以下は、医療機関が記入してください。

接種医療機関名  
接種医師名  
接種年月日