

令和 2 年度大津市インフルエンザ予防接種費用助成申請書兼代理受領に関する委任状

申請先 大津市長 様

インフルエンザワクチン接種に係る助成金の交付について、次のとおり申請します。

なお、下記の記載事項について承知するとともに、大津市が住民基本台帳等により情報を確認することに同意します。また、助成金の受領に関しては、接種を受けた医療機関に委任します。

申請者〔保護者〕（自署） 令和 年 月 日

住 所

(ふりがな)

氏 名

電話番号

接種を受けた医療機関名 **ばんば耳鼻咽喉科医院**

ワクチン接種対象者

(ふりがな)

氏 名

生年月日 年 月 日 ( 歳 か月)

※ (住所) 保護者と違う場合はご記入ください。

住 所 大津市

費用助成対象区分 (いづれかに○をしてください)

ア ( ) 妊婦

イ ( ) 生後 6 ヶ月から 13 歳未満 (接種当日)  1 回目  2 回目

ウ ( ) 13 歳以上 (接種当日)

\* 上記の保護者欄・ワクチン接種対象者 (予防注射を受ける人) 欄にご記入ください。

\* ワクチン接種対象者の住民登録が大津市にない場合は、助成の対象になりません。

接種後に判明した場合は、助成金額分をお支払いいただくこととなります。

\* 助成金の金額は、2,000 円です。差額は被接種者 (又は保護者) のお支払いとなります。

< 接種医療機関記入 >

接種日

ワクチンメーカー名 kmb・第一三共・デンカ・阪大微研・武田

ロット番号

医療機関名

代表者名又は接種医師名

**ばんば耳鼻咽喉科医院 馬場 均**

※ ロットシールを貼付される場合は、ロット番号の欄をお願いします。