

様式第2号（第7条関係）

令和7年度砥部町子どもインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼委任状

年 月 日

砥部町長 様

保護者 住所

氏名

（署名又は記名押印）

砥部町子どもインフルエンザ予防接種費用助成を受けたいので申請します。

なお、この助成金の請求及び受領については、接種を受けた医療機関に委任します。

住 所	砥部町
助 成 対 象 者 氏 名 (接種を受ける人)	ふりがな
生 年 月 日	年 月 日生 (歳)
接 種 回 数	1回目 ・ 2回目 ※どちらかに○をつけて下さい。
助 成 金 額	接種1回につき 1,000円
接 種 医 療 機 関 名	

備考

助成対象者の住民登録が砥部町にない場合は、助成の対象になりません。

【医療機関記入欄】

接種年月日	年 月 日		
Lot 番号		医療機関名	