

養老町妊婦・小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼代理受領委任状

令和 年 月 日

（あて先）養老町長

申請者（保護者）住 所

（自署又は記名押印）  
氏 名

印

電話番号

養老町妊婦・小児インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、養老町妊婦・小児インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第7条第2項第1号の規定により申請し、その請求及び受領の権限を以下の医療機関に委任します。また、助成金の受給資格の確認に当たり、住民基本台帳及び医療機関等に対する確認を行うことに同意します。

申請者記入	被接種者住所	<input type="checkbox"/> 申請者の住所に同じ。 <input type="checkbox"/> その他（養老町 _____）		
	（フリガナ）		申請者との続柄	
	被接種者氏名			
	生年月日	_____年 _____月 _____日生（ _____歳 _____ヵ月）		

※太枠内を記入の上、予防接種を受ける医療機関へ提出してください。

医療機関記入	接種日 （回数に☑）	令和 _____年 _____月 _____日接種	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目
	被接種者確認	氏名・年齢・住所の確認		妊娠の確認
		<input type="checkbox"/> 保険証・福祉医療費受給者証 その他（ _____ ）		<input type="checkbox"/> 母子健康手帳
	補助額	小児 1,000円 ・ 妊婦 2,000円 ・ その他（ _____ 負担金免除対象者他 _____ 円）		
医療機関	所在地 _____ 医師名 _____			

※ 助成額（負担金免除対象者は予防接種費用の全額を助成）

- |                  |      |    |         |              |
|------------------|------|----|---------|--------------|
| (1) 妊婦           | 助成回数 | 1回 | 助成額(上限) | 1回につき 2,000円 |
| (2) 6ヵ月以上から13歳未満 | 〃    | 2回 | 〃       | 1,000円       |
| (3) 13歳から中学校修了前  | 〃    | 1回 | 〃       | 1,000円       |