

養老町妊婦・小児インフルエンザ予防接種負担金免除申請書

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
続柄

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5条の規定により、下記の者のインフルエンザ予防接種費用の自己負担金免除を申請します。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。

記

被接種者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ <input type="checkbox"/> その他 岐阜県養老郡養老町		
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年齢	歳 カ月
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		年齢	歳 カ月
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		年齢	歳 カ月

※ 申請者以外の方(代理人)が窓口に来られる場合は、下欄の委任状を記入し代理人の方の「本人確認書類」を持参してください。

委任状

私(申請者)は下記の者を養老町妊婦・小児インフルエンザ予防接種負担金免除申請の代理人と認め、権限を委任します。

ふりがな		申請者との関係
代理人氏名		1. 同一世帯の親族 2. その他()
代理人住所	〒 -	電話