

記入例

様式第1号(第5条関係)

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4年 11月 8日

(あて先) 養老町長

被接種者が小児の場合、申請者は被接種者の保護者です。

申請者(保護者)

住所

署名又は記名押印)

氏名

続柄

養老町高田 1234-1

養老 太郎

本人

㊟

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 checked="" 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	ようろう うめこ	生年月日	平成27年 4月 29日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 養老 梅子	年齢	7歳 6ヵ月
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		年齢	歳 ヵ月
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		年齢	歳 ヵ月

※ 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	たるい じろう	申請者との関係
代理人氏名	垂井 次郎	1. 同一世帯の親族 2. その他(弟)
代理人住所	〒503-2222 岐阜県不破郡垂井町1234-5	電話 0584-22-0000

窓口にお越しの際は代理人の本人確認書類(運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等)をお持ちください。