

任意予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

富良野市長 様

私は、任意予防接種費用助成を受けることを希望するため、富良野市任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

なお、助成金の受領については、市と代理受領協定を締結した医療機関に委任します。

また、この申請内容について、市が保有する個人情報を閲覧・調査すること、及び医療機関から市へ接種に関する情報が提供されることに同意します。

申請者氏名 (保護者名)	(ふりがな)	
接種者氏名	(ふりがな)	生年月日
		平成 令和 年 月 日
住 所 電話番号	富良野市 電話	
接種内容 (該当するワクチンに✓をつけてください。)	<input type="checkbox"/> おたふくかぜワクチン <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> インフルエンザワクチン（乳幼児・小学生） <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> インフルエンザワクチン（中学3年生・高校3年生）	
料 金 (該当する場合のみ□に✓をつけてください。)	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯に属する ※該当者は生活保護受給者証明書を提出してください。	

(医療機関記載欄)

医療機関名

【接種日】 年 月 日

【接種内容】 ※接種した内容に✓を入れ、回数にも○をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ（1・2） <input type="checkbox"/> インフルエンザ乳幼児・小学生（1・2） <input type="checkbox"/> インフルエンザ中3・高3
--