

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

（宛先）鶴ヶ島市長 様

申請者（委任者）

住所

氏名

（対象者との続柄 ）

電話番号

鶴ヶ島市こどものインフルエンザ予防接種費助成金交付申請書兼委任状

鶴ヶ島市こどものインフルエンザ予防接種費助成金の交付を受けたいので、鶴ヶ島市こどものインフルエンザ予防接種費助成金交付要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。なお、交付要件の確認のため、住民登録情報の調査、照会閲覧について同意します。

助成申請額		4,400 円		
ワクチン種別		・インフルエンザHAワクチン（1回目・2回目） ・経鼻弱毒生インフルエンザワクチン		
助成 対象者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年齢	歳

委 任 状

助成金の交付が決定された場合は、助成金の交付請求及び受領の権限を下記の者に委任します。

（受任者）住 所 〒350-2202 埼玉県鶴ヶ島市五味ヶ谷280-1

医療機関名 厚友クリニック

代表者名 院長 星 原 政 吉

必ず医療機関が記入してください。

接種日	年 月 日
-----	-------