様式第１号（第６関係）

# 茨木市インフルエンザワクチン接種費用助成金交付申請書兼委任状

（提出先）茨木市長

今回、接種を受けるインフルエンザワクチンの予防接種の効果や副反応などについて理解した上、接種を受け、次のとおり、茨木市インフルエンザワクチン接種費用助成金の交付を申請します。また、助成金（上限2,000円）の請求並びに受領に関する一切の権限を接種医療機関に委任します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請日 | | 年　　月　　日 | | |
| 申請者 | フリガナ | | 電話番号 | －　　－ |
| | 氏　　名 | | | |
| | 住　　所 | 茨木市<br>（被接種者との続柄：　　） | | |
| 被接種者 | フリガナ | | 生年月日 | 年　　月　　日<br>（　　歳　　か月） |
| | 氏　　名 | | | |
| | 住　　所 | 茨木市<br>※申請者と異なる場合のみ記入してください。 | | |
| 接種回数 | | □ １回目　　・　　□ ２回目（１回目の接種日時点で13歳未満の場合） | | |

**※　接種を受けることを希望する者が、申請日時点で18歳以上の場合は、上表中の『申請者（保護者）』欄、『被接種者（子ども）』欄いずれも希望者本人の氏名で記載してください。**

| | | |
|---|---|---|
| 【医療機関記入欄】 | 接種を行った医師名 | |
| | 接種年月日 | 年　　月　　日 |
| | 医療機関名 | |