

様式第1号（第5条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

菊川市おたふくかぜワクチン予防接種費助成金交付申請書兼代理受領委任申出書

年 月 日

菊川市長 長谷川 寛彦 宛

申請者 住 所
氏 名

(署名又は記名押印)

電 話

被接種者との続柄 ()

菊川市おたふくかぜワクチン予防接種費助成金交付要綱第5条の規定により、助成金の交付申請、請求及び代理受領を下記の指定医療機関に委任します。

被接種者	ふりがな		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日 (歳)	
予防接種の種類 及び交付申請額 (該当するもの の□に印をつけ てください)	<input type="checkbox"/> おたふくかぜワクチン (生後12か月から生後24か月に至るまでの者)		2,000円
	<input type="checkbox"/> おたふくかぜワクチン【令和4年4月2日～令和6年4月1日生】 (生後12か月から生後36か月となる日が属する年度の末日に至るまでの者)		
	<input type="checkbox"/> おたふくかぜワクチン【平成31年4月2日～令和2年4月1日生】 (5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から小学校就学の始期に達する日の前日までの間にあるもの)		2,000円
	<input type="checkbox"/> おたふくかぜワクチン【平成30年4月2日～平成31年4月1日生】 (5歳以上8歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から小学校就学の始期に達する日の前日から1年を経過した日までの間にあるもの)		

※接種費用の額と助成申請額との差額を医療機関へお支払いください。

【誓約・同意事項】

この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、市長が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい

【実施医療機関記入欄】

上記の助成金の申請及び請求、受領について受任します。

使用ワクチン名	接種量	医療機関名・代表者名・接種年月日
ワクチン名	ml	医療機関名
Lot No.		代表者名
		接種年月日 年 月 日

