

可児市長 様

申請者(被接種者の保護者)

〒 -

住 所

氏 名

被接種者との続柄()

電 話

可児市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書
兼代理受領及び個人情報の取扱い等に関する同意書

可児市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付実施要領第5条の規定により、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

被 接 種 者	(フリガナ)	
	氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	学 年	☐ 満1歳～小学生未満 ☐ 小学生 ☐ 中学生 ☐ 高校生相当 (平成20年4月2日生まれ～平成23年4月1日生まれ)
【今回の接種について、記入または□に✓を付けてください。】		
接種年月日	年 月 日	
接種回数・ 接種ワクチン	☐ インフルエンザHAワクチン(皮下接種) ☐ 1回目 [満1歳～高校生相当] ☐ 2回目 [満1歳～ <u>小学生</u>] ☐ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(鼻腔内に噴霧) ☐ 1回目 [<u>満2歳</u> ～高校生相当]	

() 様 ※()内は接種する医療機関名を記入ください。
※下記枠内の各項目について確認及び同意の上、□に✓を付けてください。

- ☐ (1) 本申請を、()を通じて市長に提出し、()が代理受領することについて、同意します。
- ☐ (2) 本申請の手続きに関し必要な私の個人情報を、市と()が相互に提供することについて、同意します。

[指定医療機関記入欄]

【確認事項】 ☐ 本人確認 ☐ 住所(接種日に可児市に住民登録がある者) ☐ 年齢(満1歳から高校生相当の者)	【本人確認資料】 ☐ 福祉医療費受給者証 ☐ マイナンバーカード ☐ ()	接種年月日	年 月 日
		接 種 費 用	円
【医療機関】 名称/所在地		助 成 金 額	円
		差引徴収額	円