

年 月 日

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	小学生未満 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ その他
接種回数・ 接種年月日		次のいずれかに✓を付けてください。今回の接種の情報を記入ください。 (満1歳～高校生相当) □ 1 回 目 : 年 月 日 (満1歳～ <u>小学生</u>) □ 2 回 目 : 年 月 日 ※経鼻弱毒生インフルエンザワクチンの場合は、満2歳～高校生相当の者で1回のみ助成。

(指定医療機関) 様 ※下記枠内の各項目について確認及び同意のうえ✓を付けてください。

☐ (1) 本申請を、(指定医療機関)を通じて市長に提出し、(指定医療機関)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(指定医療機関)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(接種日において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