お願い
① 複数回接種する場合でも、１回毎に申請書が必要です。
② 同日に何種類か接種する場合は、申請書は１枚で結構です。

別記様式第１号（第５条第２項関係）

予防接種費用助成申請書・委任状（受領委任払い）

令和　　年　　月　　日

池田町長　様

申請者（保護者）　住　所　池田町字

電　話

氏　名

対象者との続柄

池田町任意予防接種等費用助成事業実施要綱に基づき、次により予防接種費用の助成を申請します。あわせて、助成金の請求及び受領に関する権限を下記の医療機関に委任します。

※本人確認のため予防接種時にマイナ保険証または資格確認書及び母子健康手帳を医療機関に提示してください。

接種者 氏　名		生年月日	平成・令和　　年　　月　　日生 （　　歳）
		所属	□　　（ 保育園 ・ 幼稚園 ） □　　（ 小学 ・ 中学 ・ 高 ）校　　年
住所	※申請者の住所と違う場合に記入 池田町字		
予防接種 種別等		おたふくかぜワクチン　（　　回目）	
		インフルエンザワクチン（　　回目）（ 皮下 ・ 経鼻 ）	
		新型コロナワクチン　（　　回目）	

↑ 接種を希望するワクチンの欄に○印をつけてください。

申請者が記入してください。

接　種　日	令和　　年　　月　　日

上記委任につき承諾しました。

また、上記のとおり予防接種を実施いたしました。

受任者　医療機関名　医療法人蒼生　くりばやし医院
代表者名　栗林　秀樹

（署名又は記名押印）

医療機関で記入願います。