様式第２号（第６条関係）

筑前町若年者等インフルエンザ予防接種料金助成申請書（登録医療機関用）

年　　月　　日

筑前町長　宛

今回接種したインフルエンザ予防接種は、任意の予防接種であることを理解したうえで、筑前町若年者等インフルエンザ予防接種料金の助成に関する要綱第６条第２項の規定により、次の者を代理人と定め、助成金の申請、請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

【登録医療機関名】　医療法人　みぞぐち小児科医院

【　代　表　者　】　溝口　康弘　　担当　溝口　達弘

なお、助成を受けるにあたり、私の世帯の住民記録等、町が保有する情報の閲覧及びインフルエンザの感染状況に関する調査※に同意します。

※この調査は、ワクチンの予防効果の評価のために町全体のデータを集計するもので、個人が特定されることはありません。

※太枠の中を記入してください。申請者・請求者（保護者）欄も必ず記入してください。

被接種者（受けた人）	ﾌﾘｶﾞﾅ		住所・電話番号	□申請者と同じ（同じ場合は、☑のみで記入不要） 〒 筑前町 自宅・携帯　－　－
	名　前			
	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日 接種日時点で　歳　か月		
申請者（保護者）	ﾌﾘｶﾞﾅ		住所・電話番号	〒 携帯・自宅　－　－
	名　前			
	続　柄	※被接種者からみた続柄を記入		
接種日		インフルエンザ予防接実施証明のとおり		

インフルエンザ予防接種実施証明

接種回数（いずれかに☑を入れてください）	□　1回目	□　2回目
予防接種日	年　月　日	
予防接種料金	円	
助成対象区分	□　生後６か月～から 13 歳未満の者 □　13 歳以上の者	
	□　生活保護世帯（被接種者）	

上記のとおりインフルエンザ予防接種を実施したことを証明します。

年　　月　　日

【医療機関】

所在地

名　称

代表者　　㊞

※接種できなかったときは、助成できません。

※接種するごとに、この様式を登録医療機関へ提出してください。登録医療機関は、月ごとにとりまとめて筑前町役場へ提出してください。

※助成対象は、翌年の１月 31 日接種分までです。