

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）

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】 理事長 溝口 康弘

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。

※太枠の中をすべて記入してください。

令和 年 月 日

被接種者 (受けた人)	フリガナ		住所・ 電話番号	筑前町 携帯・自宅
	名 前			
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 接種日時時点で 歳 か月		
申請者 (保護者)	フリガナ		住所・ 電話番号	□被接種者と同じ (同じ場合は、☑のみで記入不要) 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種実施証明のとおり		
請 求 額		※接種1回あたりの助成額「3,000 円」を請求してください。(予防接種料金が 3,000 円未 円 満の場合は当該接種料金額を請求) ※生活保護世帯の方は全額助成となるため、接種料金額をそのまま記入してください。		

インフルエンザ予防接種実施証明

接 種 回 数 (○で囲んでください)	1 回 目	2 回 目
予 防 接 種 日	令和 年 月 日	
予 防 接 種 料 金	円	

□被接種者が生活保護世帯の場合は書類を添付

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。

令和 年 月 日

【医療機関】 筑紫野市筑紫駅前通1丁目148

所在地

名 称

代表者

医療法人 みぞぐち小児科医院
溝口 康弘

印

※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。