

別記様式 (第4条関係)

記入の日 ↓

年 月 日

高知市長 様

住所 ① _____
 申請者 氏名 保護者氏名 印 (自署の場合は押印不要)
 助成対象者との続柄 _____ 父・母等

高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。また、本申請の審査に係る関係機関への照会に同意し、申請者及び下記の助成対象者が高知市事業等からの暴力団の排除に関する規則第4条各号に掲げる者に該当しないことを誓約します。

記

1 助成金交付申請額 金 1,000 円

2 申請に係る予防接種を受けた日 年 月 日

この日付は記入しないで下さい。

3 助成対象者 (助成対象者は、原則、高知市の住民基本台帳に登録されている者に限ります。)

住 所	② 住所①、住所③と同じ住所であれば「同上」と記入で可。		
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
氏 名	接種本人の氏名		接種本人の生年月日

4 申請に係る予防接種を受けた医療機関

所 在 地	〒781-0015 高知市薮野西町3丁目8番11号
医療機関名	まなべ小児科・循環器科クリニック TEL088-846-5526 FAX088-846-5527
代表者氏名	眞鍋 哲也

委任状

私は、上記4の者を代理人と定め、高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金の受領に関する権限を委任します。

委任者 (申請者) 住所 ③ 住所①、住所②と同じ住所であれば「同上」で可。

氏名 保護者氏名 印 (自署の場合は押印不要)

年 月 日

高知市長 様

住所
申請者 氏名 印 (自署の場合
助成対象者との続柄 は押印不要)

高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。また、本申請の審査に係る関係機関への照会に同意し、申請者及び下記の助成対象者が高知市事業等からの暴力団の排除に関する規則第4条各号に掲げる者に該当しないことを誓約します。

記

1 助成金交付申請額 金 1,000 円

2 申請に係る予防接種を受けた日 年 月 日

3 助成対象者（助成対象者は、原則、高知市の住民基本台帳に記録されている者に限ります。）

住 所			
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
氏 名			

4 申請に係る予防接種を受けた医療機関

所在地	〒781-0015 高知市薮野西町3丁目8番11号
医療機関名	まなべ小児科・循環器科クリニック TEL088-846-5526 FAX088-846-5527
代表者氏名	眞鍋哲也

委任状

私は、上記4の者を代理人と定め、高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金の受領に関する権限を委任します。

委任者（申請者） 住所
氏名

印 (自署の場合は押印不要)