

記入例

申請書を記入または提出した日。
医師会(又は高知市)への提出日ではありません。

令和 年 〇月 〇日

保護者または施設職員等の住所・名前・続柄を記入(子の名前不可・子による代筆可)。直筆の場合押印不要。

別記様式

高知市長 様

※消えるペン・鉛筆・修正テープ・修正液の使用不可。
申請額以外の訂正は二重線で訂正すること。その際の訂正印は不要。

住所 ※保護者等は高知市外住民でも可
氏名 ※保護者等氏名 (自署の場合は押印不要)
助成対象者との続柄 〇〇〇
※お子様ではなく保護者の方の住所とお名前

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5条の規定により、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、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。

申請額の訂正対応不可。書き直しをお願いします。あらかじめ医療機関で記入しておいても構いません。接種日は必ず接種後に記入してください。

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 令和4年 〇月 〇日

3 助成対象者(助成対象者は、高知市の住民基本台帳に記録されている者に限

助成対象者欄には子の氏名・住所・生年月日を記入。

住所	高知市 〇〇〇〇〇〇〇 (接種日時時点で必ず高知市の住民であること)		
フリガナ	ホケン タロウ	生年月日	〇年 〇月 〇日 (〇歳)
氏名	保健 太郎		

いずれかに○

4 申請に係る予防接種を受けた医療機関

所在地	医療機関であらかじめ記入しておいて構いません(ゴム印可)。事前に申請書を対象者に渡す場合は、必ず記入しておいてください。
医療機関名	
代表者氏名	

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

最上部に記入した申請者の氏名・住所を記入。直筆の場合押印不要。

委任者(申請者) 住所 住所は「同上」の表記でも可。
※住所は「同上」でかまいません
氏名 〇〇〇 〇〇〇 印 (自署の場合は押印不要)
※申請者氏名と同じ名前をご記入ください

年 月 日

高知市長 様

住所

申請者 氏名

(保護者) 助成対象者との続柄

※保護者が手書きしない場合は、記名押印してください。

高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金申請書

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5条の規定により、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、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 1000 円

2 申請に係る予防接種を受けた日 年 月 日

3 助成対象者について（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 (お子様氏名)			

4 申請に係る予防接種を受けた医療機関について

所 在 地	〒781-0015 高知県高知市薮野西町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
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

※保護者が手書きしない場合は、記名押印してください。

申請者・委任者は同じ方がご記入ください。