

接種回数	1回目	2回目
------	-----	-----

※ 今回の接種回数を○で囲ってください。

別記様式（第4条関係）

令和 年 月 日

高知市長 様

→ 保護者の住所・氏名・
接種された方との続柄
(父・母等)を記入く
ださい。

住所 _____
申請者 _____
(保護者) 氏名 _____

助成対象者との続柄 _____

※本人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等への照会に同意し、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。なお、下記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。

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 令和 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	高知市		
フリガナ		生年月日	H R 年 月 日 (歳)
氏 名 (お子様)			

→ 接種されるお子様の
お名前等をご記入ください。

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