

接種回数

1回目

2回目

※今回の接種回数を○で囲んでください。

別記様式 (第4条関係)

※記入した日

年 月 日

高知市長 様

住所 (保護者の住所・氏名)
申請者 氏名
助成対象者との続柄 (父・母など)
※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、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 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	(接種されるお子様の住所を記載してください。保護者と同じ住所であれば「同上」とご記入ください。)		
フリガナ	シメイ フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)
氏 名	(接種されるお子様の氏名)	(接種されるお子様の生年月日)	

- 4 申請に係る予防接種を受けた医療機関

所 在 地	〒780-8061 高知県高知市朝倉甲50-6
医療機関名	医療法人 田中会 土佐整形外科
代表者氏名	院長 田中 孝明

- * 赤で囲まれた箇所をすべて埋めて、予診票と一緒にインフルエンザ専用窓口にお渡しください。
- * 当日は必ず、年齢を確認できるものをご持参ください。
- * 母子手帳をお持ちの方は、書類と一緒に窓口提出してください。
- * 2回目の方は1回目の領収書をご持参ください

接種回数

1回目

2回目

※今回の接種回数を○で囲んでください。

別記様式（第4条関係）

令和 年 月 日

高知市長 様

住所
請者
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、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 1,000 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			

4 申請に係る予防接種を受けた医療機関

所在地	〒780-8061 高知県高知市朝倉甲50-6
医療機関名	医療法人 田中会 土佐整形外科
代表者氏名	院長 田中 孝明