

様式第2号（第5条関係）

伊予市子どもに対するインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼委任状

令和 年 月 日

伊予市長 様

保護者 住所

氏名

（署名又は記名押印）

子どもに対するインフルエンザ予防接種費用助成を受けたいので申請します。

なお、この助成金の請求及び受領については、接種を受けた医療機関に委任します。

住 所	伊予市
助 成 対 象 者 氏 名 (接種を受ける人)	ふりがな
生 年 月 日	年 月 日生 (歳)
接 種 回 数	1回目 ・ 2回目 ※どちらかに○をつけて下さい。
助 成 金 額	接種1回につき 1, 0 0 0円
接 種 医 療 機 関 名	

備考

- 1 助成対象者の住民登録が伊予市にない場合は、助成の対象になりません。
- 2 市の指定を受けた医療機関以外で接種した場合は、助成の対象になりません。

【医療機関記入欄】

接種年月日	年 月 日		
Lot 番号		医療機関名	