

様式第1号（第5条関係）

令和 年 月 日

熊野町長 様

(保護者)

申請者 _____

住 所 熊野町 _____

電話番号 _____

熊野町インフルエンザ任意予防接種費用助成申請書兼代理受領委任状

インフルエンザ任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

予防接種対象者氏名	生年月日	年齢	妊 婦
	昭和 平成 年 月 日 令和	歳	出産予定日 令和 年 月 日

なお、熊野町インフルエンザ任意予防接種費用助成要綱第5条の規定に基づき助成金の請求、受領に係る権限を次の者に委任します。

医療機関名

代表者名

【指定医療機関記入欄】

接 種 日	備 考
令和 年 月 日	