様式第１号

子どものインフルエンザ予防接種費用助成金申請書兼代理受領委任状

令和　　年　　月　　日

（宛先）高槻市長

子どものインフルエンザ予防接種は、予防接種法に基づかない任意接種であり、予防接種法に基づく定期接種とは健康被害が生じた場合の救済額等が異なることを理解した上で接種を受け、次のとおり子どものインフルエンザ予防接種費用の助成を申請します。

なお、助成額の受領に係る手続きについては、接種医療機関に委任します。

<table>
<tr><td rowspan="2">申請者
（保護者）</td><td>ふりがな
氏名</td><td>（　　）</td><td>被接種者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>電話番号</td><td>（　　）　　－</td></tr>
<tr><td></td><td>住民票に記載されている
住所</td><td colspan="3">〒５６９-
高槻市</td></tr>
<tr><td rowspan="2">被接種者
（子ども）</td><td>ふりがな
氏名</td><td>（　　）</td><td>生年月日</td><td>平成
令和　　年　　月　　日
（　　歳　　か月）</td></tr>
<tr><td>住民票に記載されている
住所</td><td colspan="3">いずれかにチェックを入れてください。
☐申請者と同じ
☐申請者と異なる　（〒569-　　高槻市　　）</td></tr>
<tr><td>今年度の
インフルエンザワクチン
における種類と回数
※インフルエンザHAワクチン
13歳未満：2回まで
13歳以上：原則1回
※経鼻弱毒生インフルエンザワクチン
2歳以上で1回のみ。</td><td colspan="4">いずれかにチェックを入れてください。
☐ インフルエンザＨＡワクチン → ☐ １回目
☐ ２回目
☐ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（１回のみ）</td></tr>
</table>

これより下は医療機関が記入してください。

接種医療機関名　　医療法人　あおまつ小児科クリニック

接種医師名　　青松　友槻

接種年月日