

様式第1号（第7条関係）

志賀町子どもインフルエンザ予防接種費用助成申請書及び委任状

令和 年 月 日

志賀町長様

（申請者）

住所 志賀町

氏名

連絡先

志賀町子どもインフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので申請します。
なお、この助成額の請求・受領については、医療機関へ委任します。

被 接 種 者	住所	志賀町 *申請者と同じ場合は記入不要
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日
	年齢	歳 カ月
	接種回数	1回 ・ 2回
保護者名	*申請者と同じ場合は記入不要 被接種者との続柄 ()	
委任先医療機関		
発行日	備考	