

年 月 日

三原市長様

申請者：住所  
氏名 印  
※申請者本人が手書きした場合は、押印不要です。  
電話番号  
被接種者との続柄（ ）

三原市小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

三原市小児インフルエンザ予防接種費用助成金事業実施要綱第5条の規定により三原市小児インフルエンザ予防接種費用助成金の交付申請をします。

申請に当たり、世帯全員の住民票の原本及び市県民税課税台帳、又は社会福祉課への連絡により、確認されることに同意します。

また、三原市小児インフルエンザ予防接種費用助成金の受領について実施医療機関に委任します。

被接種者	氏名	
	住所	三原市
	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	医療機関	

該当	非該当
13歳未満	13歳以上
接種券番号 ( )	

確認者