

様式第1 (第4条関係)

岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成申請書兼代理受領委任状

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

申請者 (保護者) 住 所
氏 名 (続柄)
電話番号

岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第4条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

被接種者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳 か月)
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
接 種 年 月 日		年 月 日		
接種日時点で、岩倉市に住民登録がありますか。		はい ・ いいえ		

同 意 書

- 1 岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第2条第1項各号に掲げる要件に該当していることを確認するため、住民基本台帳等の調査、照会及び閲覧について同意します。
- 2 おたふくかぜワクチン予防接種について、任意予防接種のため、万一健康被害が生じた場合、医薬品副作用被害救済制度の適用となることについて説明を受け、十分理解した上で接種することに同意します。

保護者 氏名 _____

※被接種者が接種日時点で岩倉市に住民登録がない場合は、この申請をすることができません。

※予防接種時に、助成の対象であることを示す書類 (健康保険証、母子健康手帳など) を医療機関に提示してください。

なお、岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第4条第1項の規定に基づき、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