

# 新型インフルエンザワクチン接種費用助成金代理受領委任状

国頭村長 殿

被接種者氏名 (16歳未満は保護者名)	( )	生年月日	明・大・ 年 月 日 昭・平 ( 歳)
住 所			
費用助成対象区分	非課税世帯 ・ 生活保護世帯		
<p>&lt;優先接種対象者等&gt;接種者の該当する区分について○で囲んで下さい。 妊婦 ・ 基礎疾患を有する者 ・ 幼児 (1歳～就学前) ・ 小学校1～3年生 ・ 小学校4～6年生 1歳未満の小児の保護者等 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 高齢者(65歳以上)</p>			

新型インフルエンザワクチン接種費用の助成金の受領の権限を下記の受託医療機関へ委任いたします。

委 任 者 平成 年 月 日

(自筆で署名する) \_\_\_\_\_ 印

※被接種者又は受けるものが未成年の場合は保護者名記入

代理受領医療機関

医療機関名

所 在 地

代 表 者 名

印

電 話 番 号

## 医療機関記入欄

被接種者が裏面に記載されている世帯に属するものであることを確認し、以下に記入をお願いします。

接 種 日	区分 (該当する区分に○をつけてください)	記入欄
平成 年 月 日	接種1回目 3,600円	
	接種2回目 2,550円	
	接種2回目 3,600円 (2回目の接種が1回目と異なる医療機関の場合)	