

高知市長

様

記入した日

令和 年 月 日

※住所

申請者
(保護者等)

氏名 保護者 氏名

印 (自署の場合
は押印不要)

助成対象者との続柄 (

) ← 父 母 など

※お子様ではなく保護者の方の住所とお名前

高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。また、本申請の審査に係る関係機関への照会に同意し、申請者及び下記の助成対象者が高知市事業等からの暴力団の排除に関する規則第4条各号に掲げる者に該当しないことを誓約します。

記

1 助成金交付申請額

金 1,000 円

この
日付は病院スタッフが

2 申請に係る予防接種を受けた日

令和 年 月 日

記入します

3 助成対象者（助成対象者は、高知市の住民基本台帳に記録されている者に限ります。）

住 所	高知市	(右上 保護者と同じ住所であれば 「同上」とご記入ください)	
フリガナ	シメイ フリガナ	生年月日	H 年 月 日 (歳) ※対象：1歳～中学3年生
氏 名	接種するお子さんの氏名		R 接種するお子さんの生年月日

4 申請に係る予防接種を受けた医療機関

所 在 地	高知市高埴13番14号
医療機関名	医療法人うえたクリニック
代表者氏名	理事長 上田みち

委任状

私は、上記4の者を代理人と定め、高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金の受領に関する権限を委任します。

委任者（申請者）

住所

※住所は「同上」でかまいません

氏名 右上と同じ 保護者氏名

印 (自署の場合は押印不要)

※申請者氏名と同じ名前をご記入ください

令和 年 月 日

高知市長 様

住所
申請者 氏名 印 (自署の場合は押印不要)
(保護者等) 助成対象者との続柄 ()
※お子様ではなく保護者の方の住所とお名前

高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。また、本申請の審査に係る関係機関への照会に同意し、申請者及び下記の助成対象者が高知市事業等からの暴力団の排除に関する規則第4条各号に掲げる者に該当しないことを誓約します。

記

1 助成金交付申請額 金 1,000 円

2 申請に係る予防接種を受けた日 令和 年 月 日

3 助成対象者（助成対象者は、高知市の住民基本台帳に記録されている者に限ります。）

住 所	高知市		
フリガナ		生年月日	H ・ 年 月 日 (歳) R
氏 名			

4 申請に係る予防接種を受けた医療機関

所 在 地	高知市高埴13番14号
医療機関名	医療法人うえたクリニック
代表者氏名	理事長 上田みち

委任状

私は、上記4の者を代理人と定め、高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金の受領に関する権限を委任します。

委任者（申請者） 住所
※住所は「同上」でかまいません
氏名
※申請者氏名と同じ名前をご記入ください

印 (自署の場合は押印不要)