

委任状兼接種証明書

いちき串木野市任意予防接種費用助成事業実施要綱の規定に基づき、接種を受けた下記医療機関を代理人と定め、助成金の請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

委任者【保護者】

住 所			
氏 名			
続 柄			
連 絡 先			
被接種者	フリガナ		生年月日 年 月 日
	氏 名		
	住 所	<input type="checkbox"/> 委任者と同じ <input type="checkbox"/> いちき串木野市	

種別	助成対象者	接種回数		接種日 (ワクチン名 ロット番号)	代理 受領額
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ ワクチン	<input type="checkbox"/> 1歳以上2歳未満 <input type="checkbox"/> 5歳以上 (小学校就学前 1年間の者)	<input type="checkbox"/> 1回目		年 月 日	3,000円 (円)
<input type="checkbox"/> インフルエンザ ワクチン	<input type="checkbox"/> 生後満6か月から 中学校卒業前まで ※経鼻生ワクチンの 接種は2歳から 中学校卒業前まで	不活化 ワクチン	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	年 月 日	2,000円 (円)
		経鼻生 ワクチン	<input type="checkbox"/> 1回目		
接種医療機関				代理受領額合計	円

接種証明書	
上記のとおり接種したことを証明します。	
医療機関名	
医師名	㊟