様式第１号（第６条関係）

深谷市任意予防接種費用助成金交付申請書兼代理受領に関する委任状

年　　月　　　日

深谷市長　　　　　　宛

住　所

氏　名

続　柄

電話番号

　深谷市任意予防接種費用助成金交付要綱第６条第１項の規定により、申請します。

なお、助成金の請求及び受領については、以下の医療機関へ委任します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被接種者の住所 |  |
| 被接種者の氏名 |  |
| 生年月日 | 　年　　月　　日（満　　歳） |
| 予防接種の種類 | 帯状疱疹（※１） | 水痘ワクチン | 1回 |
| 帯状疱疹ワクチン | １回目・２回目 |
| おたふくかぜ（※２） | １回目・２回目 |
| 助成金の額 | 　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 接種年月日 | 年　　月　　日 |
| 実施場所 | 所在地医療機関名電話 |

※１ 接種日において満５０歳以上の者が対象

※２ 接種日において満１歳から満６歳までの者が対象

※　助成対象に該当しない場合は、接種費用の助成はされません。