様式第２号（第８条関係）

***新型インフルエンザワクチン接種費用代理受領委任払申請書***

***及び助成申請書兼助成券（全額助成）***

平成　　年　　　月　　　日

八頭町長　　平　木　　　誠　　様

|  |  |
| --- | --- |
| （申請者） |  |
| 住　　所 | 八頭町 |
| 氏　　名 | 印 |
| (被接種者が１８歳未満の場合は保護者) |
| 電話番号 | 　　　　　― |

八頭町新型インフルエンザワクチン接種費用の助成を申請します。

また、八頭町新型インフルエンザ（Ａ／Ｈ１Ｎ１）ワクチン接種における費用助成金の請求及び代理受領の委任の適用を受けたいので、八頭町新型インフルエンザ（Ａ／Ｈ１Ｎ１）ワクチン接種費用助成実施要綱第８条第１項の規定によりあわせて申請します。

なお、助成決定に関し、必要な課税状況等を調査されることに同意します。

新型ワクチン接種を受ける際、必要事項を**記入押印**し、本書を医療機関に提出してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 氏　　名 | 性別 | 住　　所 | 生年月日 | 区分 | 自己負担額 |
| (○印) |
|  |  | 八頭町 | 年　　月　　日（　　　歳） | ・１歳未満・１歳～就学前・小学生・中学生（12歳以下）・中学生（13歳以上）・１５～６４歳 | **０円** |
| 接種回数（○印） | 　１回目・２回目 | ※１回目と２回目で医療機関が異なる場合、１回目接種時の医療機関名 |  |

**有効期限　：平成２３年３月３１日**

|  |
| --- |
| （以下、医療機関記入欄） |
| 診察の結果、上記被接種者に新型インフルエンザワクチンの接種を行いました。また、上記の助成金の請求及び受領の権限を受任することに同意します。 |
| 接種年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 回数及び金額（○印） | １回目 | ２回目 | ※２回目 |
| 3,600円 | 2,550円 | 3,600円 |
| 年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| （以下、八頭町記入欄）上記の者は、非課税世帯員又は生活保護世帯員であることを確認しました。　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　八頭町長　　平　木　　誠　　　　印 |

注意事項：この申請書及び助成券は１回の接種につき、１枚必要となります。