

様式第1号（第5条関係）

交付申請書兼代理受領委任申請書

年 月 日

牧之原市長

申請者 住所
氏名
(被接種者との続柄)
電話

次のとおり牧之原市任意予防接種費用助成金の交付申請、請求及び代理受領を以下の医療機関に委任します。

被接種者	(ふりがな) 氏名		
	生年月日		
	住所	牧之原市	
带状疱疹ワクチン種類 (どちらかを○で囲ってください)	接種回数	接種年月日	助成金申請額
①生ワクチン (ビケン) ②不活化ワクチン (シングリックス)	回目	年 月 日	3,000円

※接種費用の額と助成申請額との差額を医療機関へお支払ください。

【実施医療機関記入欄】

上記の助成金の申請及び請求、受領について受任します。

受 任 者	接種年月日	年 月 日
	住所	
	医療機関名	
	代表者名	