

年 月 日

高知市長 様

住所
申請者 氏名
(保護者) 助成対象者との続柄

※保護者が手書きしない場合は、記名押印してください。

高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金申請書

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5条の規定により、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、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 年 月 日
- 3 助成対象者について（助成対象者は、原則、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			
フリガナ			
氏 名 (お子様氏名)	生年月日	年 月 日	(歳)

- 4 申請に係る予防接種を受けた医療機関について

所 在 地	高知県高知市高埴13-14
医療機関名	医療法人 うえたクリニック
代表者氏名	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
氏名

※保護者が手書きしない場合は、記名押印してください。

申請者 委任者は同じ方がご記入ください。