

(別記様式第1号)

串本町子どもインフルエンザ予防接種費用助成金
(代理受領委任払) 申請書

串本町長 様

串本町子どもインフルエンザ予防接種費用助成金を受けるにあたり、助成金の請求及び受領については、下記の医療機関に委任します。

(太枠内にご記入下さい)

申請者(保護者)住所	串本町
(フリガナ) 申請者(保護者)氏名	印
電 話 番 号	
(フリガナ) 接種児氏名	
(フリガナ) 接種児氏名	
(フリガナ) 接種児氏名	
委任医療機関名	くしもと町立病院

記入例

令和3年11月1日

串本町子どもインフルエンザ予防接種費用助成金

(代理受領委任払) 申請書兼請求書

串本町長 様

串本町子どもインフルエンザ予防接種費用助成金を受けるにあたり、助成金の請求及び受領については、下記の医療機関に委任します。

(太枠内にご記入下さい)

申請者(保護者)住所	串本町 サンゴ台690番地5
(フリガナ) 申請者(保護者)氏名	クシ モト タ ロウ 串 本 太 郎 印 
電話番号	62-0555
(フリガナ) 接種児氏名	クシ モト イチ ロウ 串 本 一 郎
(フリガナ) 接種児氏名	クシ モト マチ コ 串 本 町 子
(フリガナ) 接種児氏名	
委任医療機関名	くしもと町立病院