

子どもインフルエンザ予防接種費用助成金 ※助成金の対象となるワクチンはどちらか一方のみです。						記入例（経鼻弱毒性生ワクチン）	
種類		助成額		※該当に☑			
不活化ワクチン		1 回当たり 1,000 円		☐ 1 回目接種 ☐ 2 回目接種			
経鼻弱毒性生ワクチン		2,000 円		☒ 1 回接種			
住 所	尾道市 門田町 2 2 - 5 すこやかコーポ 201			電話 番号	(090) 1234 - 5678 ※連絡のつく番号を記入		
受ける子の 氏名	尾 道 晶		性別	☒ 男 ☐ 女	生年 月 日	令和 3 年 7 月 26 日 (5 歳) 注) 接種日に満 1 歳～小学 6 年生であること。	
保護者氏名 (委任者)	(保護者自署) 尾 道 千 秋						

子どもインフルエンザ予防接種費用の助成について申請し、またその助成金について尾道市長への請求及び助成金を受領する権限を、貴医療機関に委任します。

なお、本委任状に記入漏れや虚偽の内容があった場合は、助成金を尾道市に返還することに同意します。

医療機関 記入欄	接種日	R8.11.2	接種医療機 関所在地 名 称 医 師 名	受任者 尾道市門田町123 尾道けんこうクリニック 島 並 光
	本人 確認	☒ マイナ保険証・ 資格確認書のいずれか ☒ 親子(母子)健康手帳 ☐ その他()		

※医療機関の長 様
この用紙は、子どもインフルエンザ予防接種費用助成金請求書（様式第3号）とともに、尾道市健康推進課へ送付してください。

----- き り と り -----

子どもインフルエンザ予防接種費用助成に係る委任状兼報告書 ※助成金の対象となるワクチンはどちらか一方のみです。					
種類		助成額		※該当に☑	
不活化ワクチン		1 回当たり 1,000 円		☐ 1 回目接種 ☐ 2 回目接種	
経鼻弱毒性生ワクチン		2,000 円		☐ 1 回接種	
住 所	尾道市			電話 番号	() -
受ける子の 氏名		性別	男・女	生年 月 日	年 月 日 (歳) 注) 接種日に満 1 歳～小学 6 年生であること。
保護者氏名 (委任者)	(保護者自署)				

子どもインフルエンザ予防接種費用の助成について申請し、またその助成金について尾道市長への請求及び助成金を受領する権限を、貴医療機関に委任します。

なお、本委任状に記入漏れや虚偽の内容があった場合は、助成金を尾道市に返還することに同意します。

医療機関 記入欄	接種日		接種医療機 関所在地 名 称 医 師 名	受任者
	本人 確認	☐ マイナ保険証・ 資格確認書のいずれか ☐ 親子(母子)健康手帳 ☐ その他()		

※医療機関の長 様
この用紙は、子どもインフルエンザ予防接種費用助成金請求書（様式第3号）とともに、尾道市健康推進課へ送付してください。