

年 月 日

関市長 様

関市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼代理受領委任状

関市帯状疱疹予防接種費用助成金（以下「助成金」といいます。）の交付を受けたいので、関市帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第6条第1項の規定により申請します。また、下記の医療機関を代理人と定め、助成金の交付に係る請求及び受領の権限を委任します。

なお、助成金の額を確定するために生活保護の受給状況について、市が確認すること及び助成金の交付申請に係る審査結果について、市が下記の医療機関に通知することについて同意します。

住 所			
ふりがな		電 話 番 号	
氏 名			
生年月日	年 月 日 (歳)	ワクチンの 種別・回数	・生ワクチン ・不活化ワクチン (1回目・2回目)

※太枠内を署名又は記名押印の上、接種を受ける医療機関へ提出してください。

(代理人) 医療機関名

代表者名

接種年月日 年 月 日