

別記様式第4号（第7条関係）

年 月 日

関市長 様

関市おたふくかぜ予防接種費用助成金交付申請書兼代理受領委任状

関市おたふくかぜ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、関市おたふくかぜ予防接種費用助成事業実施要綱第7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。

| | | | | |
|---------------------------------|------|-------------------|------------------|--|
| 接 種 を 受 け る 者 | 住 所 | | | |
| | ふりがな | | 電 話 番 号 | |
| | 氏 名 | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日生 (歳 か月) | 保護者等の氏名 (委任者) | |

※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