

年 月 日

高知市長 様

住所
申請者 氏名 印 (自署の場合
助成対象者との続柄 は押印不要)

高知市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

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4条第1項の規定により、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、申請者及び下記の助成対象者が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（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		生年月日	年 月 日（ 歳）
氏 名			

4 申請に係る予防接種を受けた医療機関

所 在 地	高知市塚ノ原6-1
医療機関名	医療法人 治久会 もみのき病院
代表者氏名	理事長 内田 泰史

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

印 (自署の場合は押印不要)