

東海市予防接種費補助対象者認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 東 海 市 長

施設等所在地

※申請者 施設等名
 職・氏 名

別紙接種希望者の高齢者インフルエンザ予防接種費用の補助を受けたいので、令和８年度東海市予防接種費補助金交付要綱第７条の規定に基づき、次のとおり申請します。

滞 在 地 住 所	
申 請 理 由	
実施医療機関等名	
	電話番号 — —

※ 申請者_____は、別紙接種希望者から、別添委任状により東海市予防接種費補助の対象者認定申請、交付申請及び補助金受領に関する権限を受任しています。

受付日： 受付者：

委 任 状

施設等所在地

施 設 等 名

職 ・ 氏 名

上記の者を代理人と定め、東海市予防接種費補助の対象者認定申請、交付申請及び補助金受領に関する権限を委任します。

令和 年 月 日

(宛先) 東 海 市 長

氏 名