

インフルエンザワクチン接種費助成金交付申請書兼代理受領委任状

令和 8 年 月 日

（宛先）秋田市長

申請者	住 所	
	氏 名	
	被接種者との続柄	本人・母・父・その他（ ）
	電 話 番 号	

次のとおり、インフルエンザワクチン接種費助成金の交付について申請します。
なお、助成金の請求および受領にかかる手続きについては、接種した医療機関に委任します。

申請金額 1,000 円

対象者 （被接種者）	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	住 民 票 に 記載の住所			
今回対象と なる接種回数	☐ 1 回目 ☐ 2 回目	接種 年月日	令和 8 年 月 日	
今回対象と なる接種種類	☐ インフルエンザHAワクチン（注射） ☐ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（経鼻）			

妊娠されているかたのみ記載

妊娠確認書類	☐ 母子健康手帳 ☐ その他（ ）
--------	---

医療機関記入欄

接種年月日等は、上記のとおりであることに相違ない。

令和 8 年 月 日

医療機関名 いなみ小児科ファミリークリニック
医 師 名 稲見 育大