

年 月 日

豊富町長様

申請者（保護者）

住所 豊富町

氏名 印

電話番号

法定外予防接種費助成金交付申請書兼代理受領委任申出書

豊富町法定外予防接種費助成金交付要綱第 6 条の規定に基づき助成金を交付くださるよう申請するとともに、該当助成金の代理受領を下記の指定医療機関に委任します。

記

1. 被接種者が受ける予防接種

予防接種名	交付申請額	接種回数	接種年月日
おたふくかぜワクチン	円	回目	年 月 日
高齢者用肺炎球菌ワクチン	円	回目	年 月 日

2. 被接種者

被接種者氏名	生年月日	住所
	年 月 日	豊富町

3. 委任先（指定医療機関）

医療機関名 豊富町国民健康保険診療所

住所 豊富町東 1 条 8 丁目

代表者名 所長 柴崎 嘉

電話番号 0 1 6 2 - 8 2 - 1 5 1 5

第1号様式（第6条関係）

① 記載日を記入する。

令和8年 6月 1日

豊富町長様

◆申出書の書き方◆

①から順番に必要事項を記入・捺印して
接種日当日、病院に提出してください。

② 保護者の住所、氏名、連絡先
を記入し、捺印する。

申請者（保護者）

住所 豊富町 東1条6丁目

氏名 豊富 太郎



電話番号 0162-82-1001

法定外予防接種費助成金交付申請書兼代理受領委任申出書

豊富町法定外予防接種費助成金交付要綱第6条の規定に基づき助成金を交付くださる
よう申請するとともに、該当助成金の代理受領を下記の指定医療機関に委任します。

記

1. 被接種者が受ける予防接種

予防接種名	交付申請額	接種回数	接種年月日
おたふくかぜワクチン			年 月 日
高齢者用肺炎球菌ワクチン			年 月 日

役場記載欄

2. 被接種者

被接種者氏名	生年月日	住所
豊富 牛子	平成28年12月31日	豊富町 東1条6丁目

③ 接種を受けるお子様 又は本人の
氏名、生年月日、住所を記入する。

3. 委任先（指定医療機関）

医療機関名 豊富町国民健康保険診療所

住所 豊富町東1条8丁目

代表者名 所長 柴崎 嘉

電話番号 0162-82-1515