

年 月 日

湖南省任意インフルエンザ予防接種費用補助申請書  
兼代理受領に関する委任状

申請先 湖南省長 様

インフルエンザワクチン接種に係る補助金の交付について、次のとおり申請します。

なお、下記の記載事項について承知するとともに、湖南省が住民基本台帳等により情報を確認することに同意します。また、補助金の受領に関しては、接種を受けた医療機関に委任します。

**下記、アからウの該当する項目に○をつけてください。**

- ア( ) 妊婦(接種当日母子健康手帳を取得している)  
イ( ) 接種当日生後6ヵ月から16歳未満(中学3年生)  
ウ( ) 接種当日16歳以上65歳未満(60歳~64歳の定期接種対象者を除く)

申請者 [接種対象者が未成年の場合保護者](自署)

住 所 \_\_\_\_\_

(ふりがな)

氏 名 \_\_\_\_\_ (本人との関係)

電話番号 \_\_\_\_\_

接種を受ける医療機関名 \_\_\_\_\_

ワクチン接種対象者 (ふりがな)

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳 か月)

(住所)保護者と違う場合はご記入ください。

電話番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

\* 上記の申請者欄・ワクチン接種対象者(予防注射を受ける人)欄にご記入ください。

\* ワクチン接種対象者の住民登録が接種当日に湖南省にない場合は、補助の対象になりません。

接種後に住民票がないことが判明した場合は、補助金額分を市にお支払いいただくこととなります。

\* ウの方の補助金の金額は、1,000円です。差額は本人のお支払いとなります。

\* 13歳未満の方の補助は1人2回、13歳以上の方の補助は1人1回のみとなります。

【接種医療機関記入欄】

接種日		ワクチン 製造会社名	
Lot No.		接種量	ml
医療機関	名 称 所在地	医師名	