

福山市幼児等インフルエンザ予防接種費補助にかかる委任状兼報告書

保 護 者 記 入 欄	受ける人 (福山市に 住民票があ る幼児等)	住所	福山市	生年月日	年 月 日生
		名前	フリガナ		満 歳 か月
	保護者 (委任者)		名前	フリガナ	

私に対する幼児等インフルエンザ予防接種費用の補助について、福山市長へ請求及び福山市長から受領することを、貴医療機関に委任します。また、このことについて、貴医療機関が属する医師会に委任することを承諾します。

医 療 機 関 記 入 欄	補助確認書類 ※該当に☑	☐ マイナンバーカード ☐ 健康保険資格確認書 ☐ 子ども医療費受給者証 ☐ 親子(母子)健康手帳 ☐ 運転免許証 ☐ その他()			
	接種年月日	年 月 日		接種医療機関 所在地 名 称 医師名	受任者
	補助額 ※該当に☑	☐ 1回目接種 800円			
		☐ 2回目接種 800円			
		☐ フルミスト接種 1,600円			