様式第１号

令和８年度坂井市こどもインフルエンザ予防接種
費用助成委任状

（有効期間：令和８年10月１日　～　令和９年１月31日）

委任状

坂井市内医療機関用

（医療機関名）

[　　]の長　様

私は、任意の予防接種であるインフルエンザ予防接種について医師の指示に従った上で接種し、坂井市予防接種費助成金の支払手続に関する要綱の規定による助成金交付申請及び請求受領に関する一切の権限を上記医療機関の長に委任します。

坂井市長　様　　令和　　年　　月　　日

委託者（保護者）	住所	坂井市
	氏名（自署）	
	被接種者からみた続柄	親　・　その他（　　）
	電話番号	
被接種者（子）	住所	坂井市
	氏名	
	生年月日	年　　月　　日（満　　歳）
	接種回数（○をつける）	１回目　・　２回目
医療機関確認欄	接種年月日	令和　　年　　月　　日
	接種料金	円
	助成額	円
	ワクチン種類	□　経鼻（経鼻ワクチン接種時のみ✓）
	接種医療機関名	