

高齢者定期予防接種費用の 還付請求及び受領に関する委任状

私が下記の医療機関で受けた高齢者定期予防接種の費用還付の請求及び受領に関する一切の件について、当該医療機関を私の代理人とし、その権限を委任します。その際、予診票の写しを下記の医療機関が神戸市に提出すること、また今回の請求にあたり還付元である神戸市が無料接種対象者の確認のために必要事項について関係機関に調査照会することに同意します。

令和 年 月 日

神戸市長

(委任者(被接種者かつ申請者))

住所 神戸市 区

氏名(被接種者) 印

生年月日 昭和・大正・明治 年 月 日生

電話番号

(※下記該当箇所チェック☑を入れる)

委任する予防接種の種類: インフルエンザ 肺炎球菌

(※自署できない場合は代筆者が署名し、下記に代筆者氏名及び被接種者との関係を記載)

代筆者氏名 印

(被接種者との関係)

(受任者(予防接種実施医療機関))

住所

名称

代表者氏名 印

※受任者と請求者は同一であること