

年 月 日

医療機関 あて

保護者 住所 砺波市

氏名 \_\_\_\_\_

### 砺波市子どもインフルエンザ予防接種費用助成券

|         |           |    |            |
|---------|-----------|----|------------|
| 住 所     | 砺波市       |    |            |
| フリガナ    |           |    |            |
| 受ける人の氏名 |           |    |            |
| 生年月日・学年 | 年 月 日( 歳) | 学年 | ※未就学児は記載不要 |
| 接 種 回 数 | 回目        |    |            |

上記のとおり接種し、砺波市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき助成金の受領を下記医療機関に委任します。

#### 《医療機関記入欄》

|         |                        |           |
|---------|------------------------|-----------|
| 接種年月日   | ワクチン種別 (いずれかに○)        | ワクチンロット番号 |
| 年 月 日   | インフルエンザHAワクチン          |           |
|         | 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(2歳以上) |           |
| 実施医療機関名 |                        |           |