

※接種日当日に砺波市に住所がある方のみ使用できます。

医療機関 あて

中学生用

年 月 日

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	年
接 種 回 数	1 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			