

※接種日当日に砺波市に住所がある方のみ使用できます。

未就学児用

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 か月)	学年	
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		

キリトリ 《注:1回目に経鼻弱毒生インフルエンザワクチンを接種した方は、2回目の助成券は使用できませんので、破棄してください》

※接種日当日に砺波市に住所がある方のみ使用できます。

未就学児用

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 か月)	学年	
接 種 回 数	2 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	ワクチンロット番号
年 月 日	インフルエンザHAワクチン	
実施医療機関名		