

美幌町子どもの任意予防接種(インフルエンザ)助成金申請書

令和 年 月 日

美幌町長 平野 浩司 様

(実施医療機関経由)

住所 美幌町字

対象者保護者

氏名

対象者との関係

電話番号

次のとおり、美幌町季節性インフルエンザワクチン予防接種の助成を受けたいので申請します。

また、接種した医療機関に対し、助成金の代理受領をする事を了承します。

※この予防接種は希望される方が接種する任意接種です。

<予防接種対象者>

氏名(性別)	生年月日	今回の接種方法・回数
男	平成	・皮下注射ワクチン 1回目・2回目
女	令和 年 月 日(歳 か月)	・点鼻ワクチン
男	平成	・皮下注射ワクチン 1回目・2回目
女	令和 年 月 日(歳 か月)	・点鼻ワクチン
男	平成	・皮下注射ワクチン 1回目・2回目
女	令和 年 月 日(歳 か月)	・点鼻ワクチン
男	平成	・皮下注射ワクチン 1回目・2回目
女	令和 年 月 日(歳 か月)	・点鼻ワクチン

※以下は医療機関が記入してください。

上記の対象者に接種を実施しました。

医療機関名 :

接種年月日 : 令和 年 月 日