

この申請書を医療機関に提出してください。1回目の接種と異なる医療機関で2回目の接種を受ける場合は、新たに申請書が必要です。(市ホームページからダウンロードできます。)

保護者 → 医療機関 → 西都市

別記様式(第4条関係)

子どもインフルエンザ予防接種費用助成金申請書

保護者が記入してください。

太枠内を記入してください。

西都市長様

申請者
(保護者) 住所

氏名

印

月 日

インフルエンザの予防接種をしましたので、助成金を交付されたく、申請します。

申請額	1回目	円
	2回目	円
	計	円

なお、助成金の請求及び受領は、下記の接種医療機関に委任します。

保護者が記入してください。

【生後6か月から中学生用】

太枠内を記入してください。

住所	西都市			
フリガナ		男	生年月日	年 月 日
受ける人の氏名		女	満年齢	(満 歳 カ月)

※ 満年齢は、1回目の接種時の年齢です。

1回目の接種時の年齢を記入してください。

子どもインフルエンザ予防接種記録(第1回目)

使用ワクチン名	接種量	医療機関・医師名
ワクチン名 LotNo.	(皮下接種) m l	医療機関 医師名(サイン) 接種年月日 年 月 日

子どもインフルエンザ予防接種記録(第2回目)

使用ワクチン名	接種量	医療機関・医師名
ワクチン名 LotNo.	(皮下接種) m l	医療機関 医師名(サイン) 接種年月日 年 月 日