

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

太枠内を記入してください。

西都市長 様

年 月 日	
申請者 (保護者)	住所
氏名	印

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。

【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。

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