

川西町季節性インフルエンザ予防接種費用助成券交付申請書

令和 年 月 日

川西町長 様

申請者(保護者)

住所 磯城郡川西町

氏 名

電話番号

次のとおり季節性インフルエンザ予防接種費用助成券の交付を受けたいので、川西町季節性インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定により請求します。

被 接 種 者 名	①	氏 名		性 別	男 ・ 女
		生 年 月 日	平成・令和 年 月 日生(歳 ヲ月)		
	②	氏 名		性 別	男 ・ 女
		生 年 月 日	平成・令和 年 月 日生(歳 ヲ月)		
	③	氏 名		性 別	男 ・ 女
		生 年 月 日	平成・令和 年 月 日生(歳 ヲ月)		
接 種 医 療 機 関 名					

職 員 記 入 欄	
☐ 助成対象者の確認 ・6ヵ月～小6(2枚) ・中1相当～高3相当 ☐ 利用にあたっての説明 ・記載者名のみの利用であること ・1回の接種に1枚利用 ・市内の医療機関でのみ利用が可能であること ・有効期限 ・再発行不可	受付印