

舟橋村こどもインフルエンザ予防接種助成券

(助成期間： 令和 8 年 10 月 1 日～ 令和 9 年 1 月 31 日)

(ふりがな)	
受ける人の氏名	
生 年 月 日	年 月 日
年 齢	____ 歳 (接種日時点)
対 象 区 分	未就学児 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生
接 種 方 法	皮下注射ワクチン1回目 ・ 皮下注射ワクチン2回目 経鼻ワクチン(1回のみ)
接 種 日	年 月 日

※対象区分及び接種方法は、いずれかに○をつけてください。

上記のとおり接種し、舟橋村こどものインフルエンザ予防接種費助成金交付要綱第7条の規定に基づき助成金の受領を協力医療機関に委任します。

保護者※氏名 (自署)

※対象者が接種日において 18 歳の者にあつては当該対象者

〈医療機関記入欄〉

予防接種を行った日	協力医療機関
年 月 日	医療機関名及びその所在地並びにその代表者の氏名