

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 ヶ月 (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<br>経鼻ワクチン(1回のみ) |
| 接 種 日   | 令和 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                  |
| 令和 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 |