

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

（宛先）医療機関

保護者住所 南砺市

保護者署名 (自署)

南砺市インフルエンザ任意予防接種費用助成券

フリガナ 受ける人の氏名			
住 所			
生 年 月 日	年 月 日	年齢	満 歳 か月
対 象 区 分	未就学児・小学校 年生・中学校 年生・高校 年生（相当）		
ワ ク チ ン	インフルエンザHAワクチン（注射）・経鼻弱毒生インフルエンザワクチン※		
接 種 回 数	1 回目 ・ 2 回目		
接 種 日	年 月 日	医療機関使用欄	
		ワクチン名 Lot No.	

※注射は生後 6 か月から、経鼻は 2 歳から接種可能

上記のとおり接種し、南砺市インフルエンザ任意予防接種費用助成金交付要綱第 5 条の規定に基づき助成金の受領を南砺家庭・地域医療センター（接種医療機関）に委任します。