

## 中学生のお子さん用 ※市の助成対象

&lt;生年月日が、2005（平成17）年4月2日～2008（平成20）年4月1日までの方&gt;

様式第1号（第7条関係）

## 滑川市子どもインフルエンザ予防接種券

子ども医療費受給資格証 受給者番号\_\_\_\_\_

(左記は医療機関記入)

ひとり親家庭等医療費受給資格証 受給者番号\_\_\_\_\_

|         |           |
|---------|-----------|
| (ふりがな)  |           |
| 受ける人の氏名 |           |
| 生 年 月 日 | 年 月 日     |
| 年 齢     | 歳         |
| 接 種 回 数 | 1回目 ・ 2回目 |
| 接 種 日   | 年 月 日     |

・接種回数に○をつけて下さい。

枠内に、予防接種を受けるお子さんの氏名や生年月日などを記入してください。

上記のとおり接種し、滑川市子ども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\_\_\_\_\_

に委任します。

予防接種を受ける医療機関名 (ex. ○○病院)を記入してください。

年 月 日

保 護 者

住 所 滑川市

氏 名