

年 月 日

医療機関 あて

保護者 住所 砺波市

氏名 (自署)

砺波市子どもインフルエンザ予防接種費用助成券

住 所							
フリガナ							
受ける人の氏名							
生年月日	性別	平成	年	月	日	性別	
学 年	小学 年						
接 種 回 数	回目						
接 種 日	年 月 日						

上記のとおり接種し、砺波市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき助成金の受領を_____病院・医院・診療所に委任します

..... 切り取り線

年 月 日

医療機関 あて

保護者 住所 砺波市

氏名 (自署)

砺波市子どもインフルエンザ予防接種費用助成券

住 所							
フリガナ							
受ける人の氏名							
生年月日	性別	平成	年	月	日	性別	
学 年	小学 年						
接 種 回 数	回目						
接 種 日	年 月 日						

上記のとおり接種し、砺波市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき助成金の受領を_____病院・医院・診療所に委任します