

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	中学 年			
接 種 回 数	1回			
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