

こどもインフルエンザ予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

八代市長 様

インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 (保護者等)	住 所	八代市			
	氏 名		続柄		
	電話番号				
被接種者 (予防接種を受ける人)	住 所	※申請者と異なる場合に記入 八代市			
	氏 名	生年月日		接種回数	生保受給
	男・女	H・R	年 月 日生 (満 歳 ケ月)	1回目・2回目	有・無
	男・女	H・R	年 月 日生 (満 歳 ケ月)	1回目・2回目	有・無
	男・女	H・R	年 月 日生 (満 歳 ケ月)	1回目・2回目	有・無
	男・女	H・R	年 月 日生 (満 歳 ケ月)	1回目・2回目	有・無
	男・女	H・R	年 月 日生 (満 歳 ケ月)	1回目・2回目	有・無

※ 助成金は、予防接種1回につき上限1,000円。子ども1人につき2回までです。
(経鼻ワクチンは子ども1人につき1回まで)

※ 生活保護を受給されている方は、生活保護受給証明書を添付してください。

【 医療機関記入欄 】

接種日	令和 年 月 日
《 実施医療機関 》	