

別記様式第 1 号（第 5 条関係）

新ひだか町小児インフルエンザ予防接種助成申請書

|                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| 接種対象者氏名           |                          |
| 生 年 月 日           | 年 月 日 （ 歳 か月）            |
| 住 所               | 新ひだか町                    |
| 予防接種の種類<br>※○をつける | 皮下接種（1回目）・皮下接種（2回目）・経鼻接種 |

上記のとおり、新ひだか町小児インフルエンザ予防接種の助成を申請し、次の事項について同意します。

- 1、新ひだか町小児インフルエンザ予防接種助成事業実施要綱に基づき、指定医療機関が本人に代わり助成金を請求すること。
- 2、新ひだか町が必要な場合、医療機関に接種に関する確認を行うこと。

年 月 日

新ひだか町長様

申請者氏名

接種対象者との関係（ ）

電話番号

医療機関記入欄

予防接種 実施場所

担当医師

接種年月日 年 月 日