

助成券発行申込書（小児インフルエンザ予防接種）

令和5年 月 日

銚子市長 様

銚子市小児インフルエンザ予防接種費用助成券の発行について、次のとおり申請します。

申請者（保護者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号（日中連絡先） \_\_\_\_\_

被接種者（接種を受けるお子さん※中学3年生まで）

氏名 \_\_\_\_\_（ 年 月 日生）

氏名 \_\_\_\_\_（ 年 月 日生）

氏名 \_\_\_\_\_（ 年 月 日生）

氏名 \_\_\_\_\_（ 年 月 日生）

《健康づくり課処理欄》

受付日	令和 年 月 日	助成券 送付日	(発行日) 令和 年 月 日
確認事項	<input type="checkbox"/> 申請者本人確認書類（運転免許証・健康保険証・ ） <input type="checkbox"/> インフルエンザ接種履歴 ※令和5年度（有・無） <input type="checkbox"/> 被接種者住民登録（有・無） <input type="checkbox"/> 対象年齢（該当・非該当）		
宛名番号 (Jコード)		受付 番号	