

様式第1号(第7条関係)

小矢部市子どもインフルエンザ予防接種費用助成券

医療費受給資格証 受給者番号	
(ふりがな)	
受ける人の氏名	
生年月日	平成・令和 年 月 日
年齢	満 歳 ヶ月
接種回数	1回目・2回目(○をつけて下さい)
接種日	令和 年 月 日

※上記の必要事項を必ずご記入下さい。

上記のとおり接種し、小矢部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7条の規定に基づき助成金の受領を〔 医療機関名 〕に  
委任します。

令和 年 月 日

保護者住所 小矢部市

保護者氏名

小矢部市内の医療機関でのみ有効