

【別紙1】任意予防接種助成金交付申請書（小児用インフルエンザ用）

※予防接種を受けた子どもの人数が3名以上の場合、4人目以降をこの用紙に記入し提出してください。

| 予 防 接 種 名 | 小 児 用 イ ン フ ル エ ン ザ | | | |
|-------------------------|---------------------|-----------|-----------------------------|---------|
| 予 防 接 種 を 受 け た 方 の 情 報 | | | | |
| 氏名 / フガナ / 生年月日 | 接種回数 | 接 種 年 月 日 | 医 療 機 関 名 | 接 種 料 金 |
| 【 人目】 年 月 日 | 1回目 | 年 月 日 | | 円 |
| | 2回目 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同上 | 円 |
| 【 人目】 年 月 日 | 1回目 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同上 | 円 |
| | 2回目 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同上 | 円 |
| 【 人目】 年 月 日 | 1回目 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同上 | 円 |
| | 2回目 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同上 | 円 |
| 【 人目】 年 月 日 | 1回目 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同上 | 円 |
| | 2回目 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同上 | 円 |
| 【 人目】 年 月 日 | 1回目 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同上 | 円 |
| | 2回目 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同上 | 円 |
| 【 人目】 年 月 日 | 1回目 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同上 | 円 |
| | 2回目 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同上 | 円 |
| 【 人目】 年 月 日 | 1回目 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同上 | 円 |
| | 2回目 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同上 | 円 |
| 接種料金合計（助成申請額） | | | | 円 |