

入善町インフルエンザ任意予防接種券



小学生用・中学生から高校生相当用

(助成額：3,000円上限)

助成有効期間 R6.10.1 ~ R7.1.31

(ふりがな) 受ける人の氏名	
住 所	入善町
生 年 月 日	平成 年 月 日
年 齢・学 年	歳 小学 年生 中学 年生 高校 年生相当
接 種 回 数	1回目 ・ 2回目 (小学生のみ)
接 種 日	令和 年 月 日

※ 接種回数に○をつけてください。

上記のとおり相違ありません。また、本接種券が医療機関から入善町に提供されることに同意します。

保護者署名

(自署)

(町内医療機関記入欄)

助成対象者であることを確認し、予防接種を実施しました。

令和 年 月 日

医療機関名

医師署名または記名押印