

**富山市中学生インフルエンザ予防接種助成券**

(接種期間：令和2年11月1日～令和3年1月31日)

|            |          |
|------------|----------|
| (ふりがな)     |          |
| 接種を受ける人の氏名 |          |
| 住 所        | 富山市      |
| 生年月日       | 年 月 日    |
| 学 年        | 中学 年生    |
| 接 種 日      | 令和 年 月 日 |

※本接種助成券は接種期間中、一人1回のみ使用できます。

上記のとおり相違ありません。また、本接種助成券が医療機関から富山市へ提出されることに同意します。

保護者署名

(自署)

※富山市在住の中学生であることを確認するため、「富山市子ども医療費受給資格証」又は「ひとり親家庭等医療費受給資格証」等を医療機関窓口にて提示してください。

(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