

様式第1号（第7条関係）

滑川市子どもインフルエンザ予防接種券

予防接種を受けるお子さんの氏名や生年月日
などを記入してください。

(ふりがな)	
受ける人の氏名	
生 年 月 日	年 月 日
年 齢	歳
接 種 方 法	皮下注射ワクチン1回目 ・ 皮下注射ワクチン2回目 経鼻ワクチン
接 種 日	年 月 日

※接種方法は、いずれかに○をつけてください。

上記のとおり接種し、滑川市子どもインフルエンザ予防接種費助成金交付要綱第7
条の規定に基づき助成金の受領を_____に委任します。

予防接種を受ける医療機関名（ex. ○○病院）を記入し
てください。

年 月 日

住 所 滑川市
保 護 者
氏 名