

記入方法

射水市内の指定医療機関でのみ使用できます。

射水市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種券

(ふりがな)	いみず はなこ
受ける人の氏名	射水 花子
住所	射水市 ○○○ ××番地
生年月日	昭和・平成 23年 ○月 ○日
年齢	満 11 歳 ◎ か月
区分 (該当に○を付ける)	① 小学生(1回目) ② 小学生(2回目) ③ 中学生 ④ 高校生相応 ⑤ 妊婦
接種日	令和 4年 ○月 ○日

射水市に住民登録してある住所を記入してください。
※接種日に転出されている場合は助成の対象となりません。

小学生は1回目又は2回目のいずれかに○を付けてください。

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射水市に提出されることに同意します。

令和 4年 ○月 ○日 保護者・被接種者(18歳以上) 署名 射水 太郎 (自署)

電話番号(日中連絡可能な番号) ○○○-○○○○-○○○○

住所 射水市

(住所は被接種者と同じ場合は記載不要)

(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

医師名