

様式第 2（第 5 条関係）

子どもインフルエンザ予防接種費用助成券（交付・再交付）申請書

安城市長

		年 月 日
申請者 (未成年者の場合は保護者)	氏 名	
	住 所	〒 ー 町 安城市 ー 町 電話 ー ー
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	☐ 申請者と同じ。 安城市 ー 町
接 種 歴		※今年度の接種歴について、ご記入ください。 ☐ 未接種 ☐ 接種済み（1回目接種 年 月 日）

〈確認事項〉

接種期限：令和 7 年 1 月 3 1 日

生年月日	助成回数
平成 1 8 年 4 月 2 日～平成 2 4 年 4 月 1 日	1 回
平成 2 4 年 4 月 2 日～令和 5 年 1 2 月 3 1 日	2 回

〈事務処理欄〉

受付日：

交付日：

宛名番号：

受付者：

受付方法： 窓口 ・ 郵送 ※☐母子健康手帳等の確認