

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 (被扶養者の場合は、 保護者)	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒 ー 町 安城市 ー 町 電話番号 ー ー		
被接種者 (予防接種を受ける子)	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）※		

※経鼻噴霧の場合は接種回数が1回のため、助成券交付（再交付）の対象外です。

添付文書 母子健康手帳の表紙とインフルエンザ予防接種の記録のページ等の写し

〈確認事項〉 接種期限：令和9年1月31日

対象者（生年月日）	接種方法	助成額	助成回数
平成２０年４月２日生～平成２６年４月１日生	注射	１，０００円	１回
	経鼻噴霧	２，０００円	
平成２６年４月２日生～令和７年１２月３１日生	注射	１，０００円	２回
	経鼻噴霧	２，０００円	１回

〈事務処理欄〉

交付日: / 交付方法 (窓口 ・ 郵送)

宛名番号：（ ） 受 付 者：