

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	あんじょう はなこ
	氏名	安城 花子
	住所	〒 446 - 0045 安城市 横山 町 下毛賀知106-1 電話番号 0566-76-1133
被接種者 (予防接種を受ける子)	ふりがな	あんじょう たろう
	氏名	安城 太郎
	生年月日	● 年 ● 月 ● 日
	住所	☒ 申請者と同じ。 安城市 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 令和8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〉

記入しない