第３号様式

**インフルエンザ予防接種《受給券支給申請書》**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| インフルエンザ予防接種を受けたいので、受給券の支給を申請いたします。  　　小野町長　様    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |
| 接種児童名 |  | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住　　　所  （申請者と  異なる場合） | 小野町大字　　　　　　　　　　字 | | |

第４号様式

**インフルエンザ予防接種《受給券》**

〈生活保護受給者・子ども用〉

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 委託医療機関の長　様  　　インフルエンザ予防接種費用について、下記の額を上限として町が負担しますので請求願います。  　　　　　　助成上限額　　１回目　　　　　　円  　　　　　　　　　　　　　２回目　　　　　　円  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　小野町長　　　　　　　　　㊞  ＊本券の有効期限　　平成　　年　月　　日 | | | |
| 氏　　　名 |  | 生年月日 | 平成 　　年 　　月 　　日（　　歳） |
| 住　　　所 | 小野町大字　　　　　　　　　　　　字 | | |