様式第1号（第5条関係）

小児インフルエンザ予防接種助成券

(　　年　月　日～　　年　月　日)

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 保護者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 助成金額 |  |
| 接種年月日 |  |
| 医療機関名及 び医師氏名 |  |

 　　八　頭　町