

富山市こどもインフルエンザ予防接種費助成券

(接種期間：令和7年10月1日～令和8年1月31日)

接種を受ける人	(フリガナ)						
	氏 名						
	受給資格番号	☐ こども医療費受給資格 ☐ ひとり親家庭等医療費受給資格					
		☐ その他 ()					
	住 所	富山市					
	接種回数	☐ 未就学児	☐ 1回目		☐ 2回目		
☐ 小学生		☐ 1回目		☐ 2回目			
☐ 中学生		☐ 1回目					
接種年月日		令和 年 月 日					

上記の通り相違ありません。また、本接種費助成券が医療機関から富山市に提出されることに同意します。

保護者署名

(自署)

※富山市在住の未就学児・小学生・中学生であることを確認するため、「富山市こども医療費受給資格証」、「富山市ひとり親家庭等医療費受給資格証」等を医療機関窓口に提示してください。

(医療機関記入欄)
助成対象者であることを確認し、予防接種を実施しました。

令和 年 月 日

医療機関名 くれはキッズクリニック
医師署名
または記名押印 草開祥平